

881025

2
261



UNIVERSIDAD FRANCO MEXICANA, S. C.

ESCUELA DE PSICOLOGIA
INCORPORADA A LA U. N. A. M.
CLAVE 8810-25

UN PROGRAMA DE CONTROL
ESFINTERIANO Y SU APLICACION
A NIÑOS DE 18 A 24 MESES EN UN
CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
GABRIELA MARTIN DEL CAMPO RIVERA

NAUCALPAN, EDO. DE MEXICO

1994

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mi madre...
...por la VIDA.

A Francisco Martín del Campo...
... por su apoyo incondicional

A mis hermanas: Marcela, Magali y Sandra...
... por el amor que ha compartido..
.. casa,
sangre,
vientre...

A Rodrigo y Alejandra...
... por sus pequeñas pisadas iluminándome el alma.

A Man...
...porque me llamas " hija ".

A todos mis amigos, especialmente Ofelia, Marcela, Verónica y Silvia...
...por remendar mis crisis.

A Monika:
mi generación.

A Victor Mainou, Delia Flores, Patricia Caballero, Isabel Rodríguez, Alicia
Michaca, Elsa Hernaz y Jesús Martínez Malo...
... por el aprendizaje significativo.

A Rosalinda Guerrero y Martha Fuentes...
porque su paciencia, confianza y facilidades se traducen en una palabra:
AMISTAD.

A Paco...
por tu forma de habitar mis horas.

Agradezco especialmente a Juan Enrique Vidal, a Verónica Mainou, a Ofelia Rodríguez y al Lic. Alfredo Trujillo por ayudarme en el difícil transitar de los números, las máquinas, los trámites y los conocimientos.

Canek habló a Guy:

-Mira el cielo, cuenta las estrellas.

-No se pueden contar.

Canek volvió a decir:

-Mira la tierra, cuenta los granos de arena.

-No se pueden contar

Canek dijo entonces:

*-Aunque no se conozca, existe el número
de las estrellas y el número de granos de
arena.*

*Pero lo que existe y no se puede contar,
exige una palabra para decirlo.*

*Esta palabra, en este caso, sería INMENSIDAD,
es como una palabra húmeda de misterio.*

*Con ella, no se necesita contar
ni a las estrellas ni a los granos de arena.*

*Hemos cambiado el conocimiento por
la EMOCION: que es también una manera
de penetrar en la verdad de las cosas.*

Emilio Abreu Gómez

INDICE

INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I	
<u>Aproximación Teórica al Problema de Control de Esfínteres.....</u>	5
1.1 El Control de Esfínteres como Conducta Social.....	7
1.2 El Control de Esfínteres en la Sociedad Occidental.....	8
1.3 Estudios Realizados a propósito del entrenamiento esfinteriano.....	12
CAPITULO II	
<u>Generalidades Fisiológicas y Evolutivas.....</u>	18
2.1 La Mecánica Esfinteriana: sus generalidades anatómicas y fisiológicas.....	19
2.2 La mecánica esfinteriana: su organización nerviosa.....	22
2.3 Desarrollo evolutivo.....	23
CAPITULO III	
<u>Manejo Conductual.....</u>	28
3.1 Condicionamiento clásico o respondiente.....	30
3.2 Condicionamiento operante o instrumental.....	33
3.3 El refuerzo: teorías.....	34
3.4 Programas de reforzamiento.....	35
3.5 Generalización.....	37
3.6 Discriminación.....	38
3.7 Tratamiento Conductual.....	39
3.8 Aprendizaje vicario u observacional.....	42
CAPITULO IV	
<u>Propuesta de Investigación Metodología.....</u>	44
4.1 Planteamiento del Problema.....	45
4.2 Objetivos.....	46
4.3 Sistema de Hipótesis.....	46
4.5 Identificación y Definición de Variables.....	47
4.5 Definiciones Conceptuales.....	47
4.6 Definiciones operacionales.....	48
4.7 Método.....	48
4.8 Análisis estadístico.....	53

CAPITULO V	
Resultados de la Investigación.....	55
5.1 Cuadros y Gráficas	55
5.2 Análisis de resultados.....	105
CONCLUSIONES.....	118
APENDICE I.....	124
APENDICE II.....	143
APENDICE III.....	147
ANEXO I.....	153
ANEXO II.....	165
ANEXO III.....	172
ANEXO IV.....	176
BIBLIOGRAFIA.....	177

INTRODUCCION

El control de esfínteres es una conducta aprendida que conyurva a la socialización del ser humano, a la vez que involucra aspectos fisiológicos, evolutivos y, sin lugar a dudas, emocionales, por ser una situación donde se instauran las primeras prohibiciones que pueden ser acatadas o rechazadas según la VOLUNTAD del niño mediante el uso de producciones que él ha identificado, gracias a su maduración neurológica y por ende evolutiva, como suyas.

Debido a lo anterior, la situación de control esfinteriano ha sido considerada por varios autores como etiológica (si se dá prematura, tardíamente, de modo rígido, coercitivo o incostante) en diversos trastornos entre los que se encuentran la emuresis, encopresis, estreñimiento, o incluso, dentro de la teoría Psicoanalítica, las neurosis obsesivas, señalando, de modo indirecto, la importancia de la participación de las figuras paternas; mientras que otros aseguran que un correcto entrenamiento permitirá al niño acceder al plano social. Sin embargo, no existen estudios específicos que establezcan relaciones entre técnicas de entrenamiento y síntomas resultantes o más sencillo aún, cómo, cuándo y bajo qué condiciones debe darse el entrenamiento, especialmente dentro de una Institución donde los niños se encuentran agrupados y en el que a las madres, figuras indudablemente importantes para los menores, se accede en contadas ocasiones dentro de un C.D.I. y a las cuales se pretende involucrar en los procesos de su hijo, con el fin de que establezcan funciones de maternaje adecuadas.

El presente trabajo surge a partir de un interés especial por los procesos de desarrollo del niño, el respeto a éste como persona dentro de una institución educativa y las formas en que, en la medida de lo posible, dicho desarrollo puede facilitarse optimizando así el estado emocional del pequeño.

Aún cuando el proceso de control esfinteriano se encuentra influido por múltiples factores, en esta investigación, como primera aproximación, pretende medirse la eficacia de un programa conductual (técnica objetiva y comunmente utilizada para facilitar el aprendizaje) aplicado al entrenamiento de control esfinteriano en un grupo de menores entre 18 y 24 meses de edad que asisten a un Centro de Desarrollo Infantil, así como la influencia de la opinión cognoscitiva de las madres en el logro de aquél, situación que, de considerarse favorable, puede influir en sus acciones de tal manera que éstas se den en forma de conductas constantes y autorreguladas tendientes a facilitar el control esfinteriano en sus hijos.

Para lograr los objetivos de la investigación, la exposición del trabajo ha sido distribuída en:

- A) Cuatro capítulos, los cuales contienen el Marco Teórico y el diseño de la investigación
- B) Un último capítulo de Resultados de la investigación que comprende dos secciones: cuadros y gráficas y análisis de resultados.
- C) Una sección de Conclusiones al trabajo .
- D) Una sección de tres apéndices, en los cuales se describe otras aproximaciones teóricas, el marco teórico del instrumento de medición y las generalidades sobre la institución educativa donde se ha llevado a cabo el programa.
- E) Una sección de anexos donde se muestran gráficamente los instrumentos utilizados.
- F) La emnciación de las fuentes consultadas mediante la Bibliografía.

A):

El primer capítulo se denomina APROXIMACION TEORICA, y contiene una definición específica del control esfinteriano, sus matices sociales y los estudios realizados al respecto.

El segundo capítulo tiene como título **GENERALIDADES FISIOLÓGICAS Y EVOLUTIVAS**, y, como su nombre lo indica, se refiere a la descripción en términos generales de los procesos fisiológicos involucrados así como la descripción de la seriación de conductas evolutivas en el niño de 18 a 24 meses que son facilitadas por un proceso de maduración.

El tercer capítulo, **MANEJO CONDUCTUAL**, describe la teoría y técnica del análisis experimental de la conducta y su importancia como aproximación a los procesos de aprendizaje.

El cuarto capítulo, intitulado **PROPUESTA DE INVESTIGACION. METODOLOGIA**, contiene planteamiento del problema, enunciación de la pregunta de investigación, objetivos, hipótesis conceptual y operacionales, identificación y definición de las variables consideradas, tipo de investigación, diseño, sujetos participantes, instrumentación del trabajo, instrumentos de evaluación, procedimiento y análisis estadísticos empleados.

B):

La primera sección:

Contiene los **cuadros de registro de conductas**, los **totales de conductas exhibidas** que fueron registradas, la **media de aparición de las conductas**, el **análisis de confiabilidad y resultados de los cuestionarios utilizados como instrumentos de medición**.

Asimismo, las **gráficas y tendencias en varones y mujeres**, así como la **comparación entre las conductas que se intentan disminuir y aquellas que se pretenden aumentar**.

La segunda sección:

Describe el **análisis de los resultados numéricos**

C):

Contiene las **conclusiones a partir de tales resultados y aportes al estudio así como otras proposiciones de investigación al tema**.

D):

Dentro del **Apéndice 2, CUESTIONARIOS DE OPINION: UN ESBOZO**, se describen las diferencias que la Psicología social hace sobre el concepto de opinión y el de actitud. Asimismo se describe la encuesta de opinión como método de medición.

El **Apéndice 3, ALGUNOS ASPECTOS SOBRE EL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL**, contiene, en forma resumida, la historia y objetivos de las instituciones del tipo en la que se llevó a cabo la investigación, la estructura orgánica de aquella en específico haciendo hincapié en el área psicológica, quien es la coordinadora del programa tema de trabajo.

E):

Se muestran en esta parte los instructivos utilizados en el programa, el cuestionario piloto, el cuestionario final y la hoja del registro de sucesos ; documentos denominados correspondientemente **Anexo 1, Anexo 2, Anexo 3 y Anexo 4**.

Espero que, la realización de esta investigación proporcione elementos prácticos a las personas que ejercen la profesión que me parece más completa, satisfactoria y a la vez complicada aunque no por esto menos maravillosa: la formación de seres humanos.

CAPITULO I

APROXIMACION TEORICA AL PROBLEMA DE CONTROL DE ESFINTERES



CAPITULO I

APROXIMACION TEORICA AL PROBLEMA DE CONTROL DE ESFINTERES

El niño nace en un mundo de personas
a cuyas esperanzas y exigencias
debe adaptarse.
SINGER

El control de esfínteres es una conducta de autocuidado que se refiere a la eliminación voluntaria de los deshechos del cuerpo en un lugar socialmente aceptado.

Inicialmente, este control depende, según Ajuriaguerra (1990, pp 263), de un sistema anatómofisiológico, el cual basa su funcionamiento en un periodo de maduración, lo que provoca una aptitud de las estructuras corporales así como el establecimiento, gracias a la madurez de éstas, de aprendizajes nuevos.

El propósito de la enseñanza es inculcar hábitos apropiados y evitar los indeseables. Aunque por hábito se entiende: "una forma de actuar, pensar o sentir adquirida" (Bakwin, 1974 pp 61), o bien: " toda conducta o respuesta específica, vigorosa y persistente a una clase de situaciones similares de estímulo" (Singer, 1971 pp 201), definiciones que nos remiten a la adquisición de conductas de un modo mecánico, es importante considerar que el logro o fracaso de la enseñanza de hábitos higiénicos consiste en la adquisición de una "actitud que se convierta en un hábito y en cuya aparición participen decisivamente factores no racionales, sino emocionales" (Kemper 1980, citado por Centeno 1986 pp 9), ya que es precisamente el control cada vez mayor sobre sus músculos voluntarios y por ende de sus funciones excretoras lo que permite al niño el logro de cierta independencia y la experimentación de actividades que lo preparan para habituarse a una disciplina social al mismo tiempo que reafirma sus propias capacidades. Es por esto que requiere de figuras paternas o sustitutas que emitan acciones

constantes y autorreguladas por medio de patrones sistemáticos de conducta, lo que se facilita gracias al conocimiento de los procesos físicos y psicológicos que presenta el menor en esta etapa. Al respecto Roberts y Schoellkopf (1951, citados por Centeno, 1986 pp 8) insisten en que la edad en que se logra el control urinario depende del grado de participación de la madre en el aprendizaje. Lo mismo se deduce de la participación de las personas que tienen a su cargo a los menores que asisten a un Centro de Desarrollo Infantil, ya que el ingreso a éste implica: "la primera separación formal del hogar (donde el infante establece)... cargas afectivas a la educadora y auxiliares educativas a quienes toma como modelo de identificación en sustitución a sus modelos primarios " (Delgado, Esquivel, López 1986 pp 131, 132)

1.1 El control esfinteriano como conducta social.

Ajuriaguerra (1990) menciona que la utilización del control de esfínteres dependerá de normas culturales y que: "control esfinteriano y contexto social no pueden ir disociados " (Ajuriaguerra, 1990 pp 265). G. Bally (1945, citado por Ajuriaguerra, 1990) afirma que en algunos animales las excreciones, especialmente la micción, están al servicio de un ritual de saludos o sirven para delimitar un territorio, conducta por demás social.

En el ser humano, el control higiénico forma parte de un proceso de socialización. Respecto a esto, Kemper (1980, citado por Centeno 1986 pp 9) refiere que el modo en el que el niño se enfrenta al aprendizaje de limpieza lo etiqueta dentro de una "clasificación social" que se conservará en el estilo de sus futuras relaciones interpersonales, es por esto que en cada sociedad existen variaciones en cuanto a la forma de manejar dicho control: Anthony (1957) señala que, mientras en las culturas primitivas los niños pasan de la práctica excretoria indulgente y libre a una práctica adecuada, en las culturas anglosajonas las

madres son severas en relación a estas prácticas. Al respecto, C. Dubois (1944, citado por Ajuriaguerra, 1990) por medio de un estudio realizado en la isla de Alor, afirma que las madres no dedican tiempo a la enseñanza de hábitos higiénicos y los menores de tres años ya controlan esfínteres. Por el contrario, Kardiner (1939) menciona que en la Isla de Almirantazgo se pretende imponer al niño un control precoz (a los tres meses) ya que se consideran todas las funciones excretoras como vergonzosas. En lo que respecta a la cultura Anglosajona, Mussen Conger y Kagan (1979) describen el inicio del entrenamiento esfinteriano en madres norteamericanas de clase humilde demasiado pronto (antes de los seis meses) refiriendo, asimismo, que las madres de clase media lo inician durante el segundo año, situación que Singer (1969) atribuye a la preparación de aquellas sobre educación infantil en los últimos 25 años. Por otro lado, según datos de Hindley (1965, citado por Mussen Conger y Kagan, 1979) la edad media en que se comienza el entrenamiento en Europa es, en Londres de 4.6 meses, en París de 7.8 meses y en Estocolmo de 12.4 meses.

1.2 El control de esfínteres en la sociedad occidental.

Actualmente en nuestra sociedad, existen diferentes enfoques en cuanto al inicio y forma de entrenar al niño para conseguir que controle sus esfínteres:

Powdemaker e Ireland (1948) aconsejan el inicio de la educación higiénica entre los quince y los dieciocho meses y proponen sentar al niño en la bacinilla a la hora en la que se han detectado sus micciones y defecaciones, iniciando con el entrenamiento diurno y posteriormente, el nocturno. Los puntos que señalan como básicos para el logro de un entrenamiento exitoso son los siguientes:

a) Debe sentarse al niño no más de 10 minutos para evitar que el menor asocie actividad higiénica con incomodidad.

b) Se aconseja sentarlo a horas determinadas, alargando los intervalos temporales una vez logrado el control.

c) Ya logrado el control diurno se comienza el nocturno, retirando el uso de pañales y disminuyendo la ingestión de líquidos.

d) La actitud paterna debe ser de paciencia, evitando considerar las evacuaciones como productos repulsivos o desagradables, facilitando así la ausencia de sentimientos de culpa y angustia, que causarían en el niño constipación o incontinencia además de serias dudas respecto a sus propias habilidades.

Más adelante, Margaret Ribble (1972) describe un método de entrenamiento en hábitos higiénicos más temprano, el cual consiste en sostener al niño sobre una vasija colocada en la falda de la madre, a la cuarta o quinta semana de vida dos o tres veces al día para incitar así el movimiento intestinal. Esta autora aconseja el inicio formal del entrenamiento a los diez meses, edad en la que, según su opinión, se ha presentado ya el lenguaje. En este método descrito, se puede hacer uso de un supositorio o del dedo meñique introducido en la zona anal con el fin de estimular la defecación.

Por el contrario, Bakwin (1972) afirma que deben evitarse estimulaciones artificiales (termómetros, supositorios o dedos introducidos en la zona anal), además de rutinas irregulares y palabras substitutivas con el fin de que, aún bajo la dirección de extraños, el niño sea capaz de asociar las palabras apropiadas con el acto de eliminación. En términos generales, aconseja como método de entrenamiento el siguiente:

-Colocar al niño en el orinal a la hora en que habitualmente se ha venido presentando la defecación y la micción.

-Utilizar siempre la misma posición (el niño sentado, apoyando los pies en un soporte, la espalda y la cabeza en la madre y ésta tomando sus muslos)

-No permitir que el menor permanezca más de 3 minutos sentado

- Evitar comentarios desagradables en los fracasos y apoyar en forma tranquila sólo los éxitos.

- Se debe colocar al menor en el orinal posteriormente a horas definidas durante el día y que posean relación con ciertos hechos de la rutina diaria con el fin de que se establezca una asociación (se aconsejan los momentos después de la comida, al regresar del aire libre, antes y después de acostarse)

- Hasta que el menor haya aprendido a indicar cuándo desea orinar o defecar es conveniente colocarlo en el excusado.

Aconseja un entrenamiento que se adecúe a la personalidad del niño y que se encuentre libre de distracciones. Las capacidades para el aprendizaje higiénico, dice Bakwin (1972), consisten en una conciencia de intestino lleno, capacidad de sentarse, capacidad de retención y cierta conciencia por parte del niño de la implicación del acto, aún cuando apunta que los varones, ya que orinan con mayor frecuencia, tienden a ofrecer mayor resistencia a la enseñanza de hábitos higiénicos que las mujeres y que, además los menores (tanto varones como mujeres) suelen adquirir la capacidad de contraer el esfínter más pronto de lo que aprenden la relajación voluntaria, por lo que suelen defecar u orinar poco después de haber sido retirados del orinal y no durante su permanencia en éste. Este autor considera, asimismo, que las funciones automáticas de defecar y orinar se convierten en voluntarias mediante los mecanismos de condicionamiento y maduración física, por lo que el momento apropiado para la enseñanza higiénica es antes del último trimestre del primer año. El entrenamiento anterior a esta etapa se trataría sólo de un condicionamiento reflejo puro, sin responsabilidad por parte del niño en lo que respecta a sus funciones excretoras, lo que ocasionaría regresiones en el control aumentando las tensiones indeseables en la madre, afirmando que: "conflictos entre madre e hijo centrados en la enseñanza de la evacuación puede suscitar el negativismo del niño y retrasar el establecimiento de hábitos regulares de evacuación" (Bakwin, 1972 pp 62) relacionando, de esta manera, el clima emocional en el hogar con la respuesta del niño.

Al mismo tiempo, Mussen, Conger y Kagan señalan que: "El entrenamiento para el control de las evacuaciones puede constituir una fuente importante de fricciones entre padres e hijos" (Mussen, Conger y Kagan, 1979 pp 289) e incluso afectar el buen ajuste emocional y social ulterior en el menor. Este entrenamiento consiste en un aprendizaje sumamente significativo, donde el rol anteriormente jugado por los padres de alimentadores, confortadores y cuidadores del infante, cambia por el de autoridad con el fin de que el niño se haga cargo de "parte de su propio cuidado" (Mussen, Conger y Kagan, 1979 pp 289) . El menor debe aprender la difícil tarea de substituir un proceso inicialmente reflejo por un control voluntario y anteponer la urgencia de su necesidad excretoria a la respuesta de llamar a sus padres, caminar, desabrochar y sentarse; lo cual conseguirá ante una nueva estructura de estímulos (habitación apropiada, sensación de haberse despojado de sus ropas, presión del orinal sobre sus muslos, etc.). Estos autores mencionan que con el fin de asegurar el éxito del entrenamiento se debe procurar efectuar conexiones "entre la estructura de indicios internos (movimientos de intestino y vejiga) e indicios externos (orinal) " (Mussen, Conger y Kagan, 1979 pp 289) y agregan : " El problema real es que el niño suprima la respuesta ingenua de expulsión y que inserte una serie considerable de respuestas en la sucesión de acontecimientos antes de la extinción " (Mussen, Conger y Kagan, 1979 pp 299) . Aconsejan observar los momentos en que el menor muestra indicios de sus necesidades excretorias y sentarlo en el orinal recompensándolo y utilizando como complemento la imitación. Consideran que un entrenamiento por demás punitivo o efectuado antes de los 18 meses, cuando el niño no posee un aparato neuromuscular maduro puede dar como consecuencia conductas agresivas, timidez excesiva, conformismo exagerado o incluso emuresia.

Singer (1969) aborda el problema anterior de diferente manera atribuyendo a la educación higiénica una relación con cuestiones sexuales en la que muchos padres tienen opiniones estrictas acerca de ésta y "... les resulta imposible separarla, en sus mentes, del sexo" (Sears, Macoby y Levin, citados por Singer , 1969 pp 85) . Considera que la educación

higiénica proporciona al infante una oportunidad de demostrar autonomía mediante el dominio de una tarea, ya que: " crea la primera ocasión en la que el recién nacido posee un control considerable sobre la situación " (Singer, 1969 pp 85). Aún cuando este autor menciona la relación higiénica demasiado severa o indulgente con la aparición en el niño de rasgos anales, atribuye este fenómeno más a una personalidad materna que fué aprendida por imitación, recompensas o castigos, derivados o secundarios, que por el método de enseñanza higiénica utilizado.

1.3 Estudios realizados a propósito del entrenamiento esfinteriano.

Varios descubrimientos nos indican que un entrenamiento esfinteriano severo puede tener consecuencias desafortunadas en el desarrollo del niño, sin embargo no establecen relaciones específicas entre las técnicas utilizadas y los síntomas que aparecerán por el uso de éstas, ya que son pocas las investigaciones sistemáticas que se han realizado en cuanto a técnicas de entrenamiento en hábitos higiénicos quizá debido a que : " con frecuencia se piensa que es un área tabú .. (y/o) .. que la recolección de datos sobre los niños de esta edad (capaces de controlar esfínteres) es difícil porque no están agrupados convenientemente para la investigación como lo están en la escuela de párvulos. Este es un periodo en que los niños se encuentran con los padres.. (además de que) .. Otro inconveniente para la investigación en esta área puede ser la gran cantidad de tiempo que requiere el estudio del proceso de aprendizaje del entrenamiento ..." (Pumroy y Pumroy, en Ulrich, 1983 pp 472)

Según una encuesta realizada por Nourissier (1952, citado por Ajuriaguerra 1990) en Francia, el 38% de las madres empiezan a enseñar el control antes de los cinco meses, el 41% entre los 6 y los 9 meses, el 18% entre los 10 y los 18 meses. De los 639 casos estudiados por este autor, 56% ya habían logrado el control antes de los dos años, 17% entre los dos y los tres años, 16% pasados ya los 3, y el 10% no habían cumplido aún los 3 años ni habían logrado el control . Asimismo, Shirley (1933, citado por Mussen, Conger y Kagan 1979), mediante la

realización de una entrevista a 25 madres de clase media, concluyó que la mayor parte de éstas inició el entrenamiento cuando los menores contaban con 9 a 14 meses, el cual se completó al año 6 meses aproximadamente, y en términos generales las que comenzaron el entrenamiento más tarde necesitaron menos tiempo para alcanzar sus metas que las que lo comenzaron primero.

Por otro lado, con el fin de verificar la hipótesis de que el control de la micción se logra por medio de una maduración del sistema vesical, Lauret (citado por Ajuriaguerra, 1990) midió la capacidad de contracción de la vejiga cistométricamente por medio del método Nash, que consiste en introducir agua lentamente en la vejiga utilizando una sonda unida a un manómetro de agua y de esta manera estudiar la presión determinante de una imperiosa micción, la correspondiente capacidad vesical, los sístoles vesicales al llenarse y su carácter consciente o no. Este estudio arroja los siguientes datos:

- Hasta un año, se da una rápida elevación de la tensión que arrastra a una automática micción.

- De uno a dos años, la tensión aún es elevada y la capacidad se reduce un poco, existen contracciones inconscientes apenas inhibidas.

- De los 2 a los 3 años el aumento de la presión es más lento y progresivo, se perciben mejor sístoles vesicales y éstas están completamente inhibidas.

- Después de los 3 años, las contracciones están completamente inhibidas, parecidas a las de un adulto.

De la misma manera, Bakwin (1972) cita un estudio realizado por Harper (1962) con los siguientes resultados sobre los porcentajes de control que se da en distintas edades:

- Control del recto :

33% a la edad de 12 a 17 meses

67% a los 2 años

90% a los 3 años

95% a los 4 años

- Control de la vejiga:

Edad	Control diurno	Control nocturno
2 años	50% (o más)	---
3 años	85%	66 %
4 años	90%	75%
5 años	---	80%
8.6 años	---	90 %

En lo que respecta a resultados en el control esfinteriano en relación con el método utilizado para el entrenamiento, Punroy y Punroy (1965, en Ulrich 1983) , reportan un estudio basado en observación sistemática y técnica de reforzamiento con 2 menores, varón y mujer de 26 y 29 meses de edad respectivamente. Se les llevó al retrete en diferentes momentos del día y se les proporcionó un dulce cada vez que se efectuara la conducta deseada. En general, se concluyó que si se produce un entrenamiento para uso del retrete con una técnica de reforzamiento, la cual no parece causar problemas emocionales, además de que la observación sistemática es de utilidad para propósitos comparativos .

Asimismo, Singer (1969) refiere el caso de una menor de 19 meses la cual mostraba angustia ante la situación de entrenamiento, por lo que fué reforzada positivamente mediante un dulce y elogios al tiempo que lograba sentarse en el orinal o excretar en él. Se menciona que, al quinto día pidió que se le sentara y al doceavo día logró el control completo. Se le proporcionó

reforzador tangible cada vez que ella lo pedía, lo cual dejó de hacer a los sesenta días de iniciado el entrenamiento.

Se reporta también un estudio realizado a nivel grupal por Roberts y Schoelkopf (1951, citados por Ajuriaguerra 1990) , los cuales descubrieron que, en un grupo de niños pertenecientes a la clase media cuya edad era de 2.6 años, el 56% no presentaban incontinencia diurna ni nocturna; el 40% presentaban incontinencia más de dos veces por mes; el 40% se levantaba por la noche o llamaban a su madre. Estos autores concluyen que el logro de control urinario depende de la participación de la madre, levantando al niño por la noche o mencionándole su necesidad durante el día. Observaron, asimismo diferencias entre sexos, donde los varones lograban el control más tarde, situación que atribuyen a la responsabilidad de la micción que asumen las niñas con más frecuencia.

Además de reportar consecuencias inmediatas de los métodos que se han utilizado para lograr una aprendizaje en el control de los esfínteres, los estudios realizados nos hablan de consecuencias posteriores:

Nourissier (1952, citado por Ajuriaguerra 1990) concluyó que, en niños entrenados antes de los 15 meses, se presentaban con frecuencia ciertos trastornos, como siguen; el 9% de los menores estudiados presentaban, en un 34% estreñimiento, 19% terrores nocturnos, 13% hábitos obsesivos y 32% anorexias. En contraste , Singer (1969) señala que, en un estudio realizado por Prugh (1954) con mil madres invitadas a entrenar a sus hijos cuando éstos contaran con dos años, se encontró que menos del 2% de los niños mostraban emuresis , encopresis y estreñimiento crónico después de los 5 años de edad frente a la cifra del 10 al 12% en la práctica pediátrica corriente.

M. Hushka (1942, citado por Ajuriaguerra, 1990) estudió el influjo de la educación esfinteriana con 213 "niños problema" en un hospital de Nueva York. Dividió la población en dos grupos:

- Niños con educación esfinteriana coercitiva (entrenamiento iniciado antes de los ocho meses o terminado antes de los 18)
- Niños con educación esfinteriana apropiada (entrenamiento después de los ocho meses y concluido después de los 18).

En el primer grupo fueron más frecuentes el estreñimiento, la angustia y las rubietas

Del mismo modo, Mussen, Conger y Kagan (1979) refieren estudios clínicos realizados por Despert (1944); Macfarlane (1954) ; Sears (1953) y Wittenborn (1956) en los que más del 50 % de los menores enviados a una clínica por padecer problemas emocionales tales como inquietud, tics, manipulación del cuerpo, trastornos del habla, padecimientos psicósomáticos o fracasos escolares a pesar de poseer una capacidad intelectual normal habían sido entrenados para el control esfinteriano prematuramente o de modo coercitivo, reaccionando de manera inmediata al entrenamiento con angustia, manifestada por la presencia de rubietas, una preocupación excesiva por la limpieza, desaffo y cólera, además de que el 58% de estos niños continuaban presentando incontinencias nocturnas después de los tres años de edad. Otra investigación de los mismos autores mostró personalidades compulsivas, agresivas y negativas en infantes entrenados prematuramente o de modo rígido.

De modo similar, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III-R) señala como factores predisponentes de la Encopresis Funcional (307.70), entre otros, los hábitos higiénicos inadecuados e inconsistentes. En la Enuresis Funcional (307.60), se mencionan como factores predisponentes, entre otros, el retraso o falta de atención hacia el aprendizaje de los hábitos higiénicos.

Concluyendo, es preciso señalar que el control de esfínteres es una conducta de autocuidado que se consigue gracias a una madurez anatomofisiológica y en la cual intervienen factores emocionales, por lo que a fin de facilitar el aprendizaje de hábitos higiénicos en el niño, a la par que se asegura su desarrollo emocional de manera óptima permitiéndole el goce

de su autonomía y al mismo tiempo habituándolo a una disciplina social, es necesario que las figuras paternas o substitutas emitan acciones constantes y autorreguladas por medio de patrones sistemáticos de conducta, lo que es posible gracias a un conocimiento de los procesos psicológicos y físicos que presenta el menor en esta etapa.

Asimismo, el aprendizaje del control esfinteriano se refiere a la eliminación voluntaria de los deshechos del cuerpo en un lugar idóneo, conducta por demás social, por lo que en cada cultura varía el modo de manejar dicho aprendizaje. Existen, en nuestra sociedad, diferentes enfoques con respecto al inicio y manejo del entrenamiento esfinteriano, que varían desde la cuarta o quinta semana de vida hasta los 18 meses (lográndose completamente, el rectal, aproximadamente a los 4 años, y el vesical de 3 a 4 años el diurno, y aproximadamente a los 5 años el nocturno aún cuando los varones lo consiguen más lentamente), y desde la estimulación artificial hasta el manejo conductual, siendo relevante el señalamiento de evitar acciones coercitivas para asegurar en el niño un buen ajuste emocional y social ulterior : varios descubrimientos indican que un entrenamiento severo puede tener consecuencias desafortunadas en el infante, pero no establecen relaciones específicas entre las técnicas utilizadas y los síntomas que aparecerán por el uso de éstas.

CAPITULO II

GENERALIDADES FISIOLOGICAS Y EVOLUTIVAS



CAPITULO II

GENERALIDADES FISIOLÓGICAS Y EVOLUTIVAS

El ciclo del desarrollo humano es continuo.
Todo crecimiento se basa en un crecimiento anterior.

El proceso del crecimiento es, por tanto,
una paradójica mezcla de creación y perpetuación.

GESELL

Según Mussen, Conger y Kagan (1979) , para comprender la conducta del niño en desarrollo es necesario tener en cuenta varios factores, entre los que mencionan el ambiente psicológico social inmediato, el medio social y cultural, el aprendizaje anterior y las variables biológicas , las cuales se tomarán en cuenta a continuación en relación con el control de esfínteres.

2.1 La mecánica esfinteriana: sus generalidades anatómicas y fisiológicas.

2.1.1 DEFECACION.

El peristaltismo desplaza la materia fecal, del colon sigmoideo, al recto. La dilatación de la pared rectal estimula las terminaciones nerviosas, las cuales envían señales a la porción sacra de la médula espinal donde salen, a su vez, señales reflejas eferentes que se transmiten por vías simpáticas hacia el colon descendente (la parte más larga y voluminosa del intestino grueso situada profundamente en el abdomen) al colon sigmoideo o pélvico, recto y esfínter anal interno, el cual es " una masa circular de músculo (involuntario) liso situada inmediatamente por dentro del ano " (Guyton, 1988 pp 949). La contracción de las fibras longitudinales del recto hacen que éste se haga más corto , por lo que aumenta la presión y ésta, acompañada por contracciones voluntarias del diafragma y músculos abdominales fuerza la abertura del esfínter anal interno , lo que causa un vaciamiento del intestino siempre y cuando se relaje el esfínter

anal externo, "...compuesto por de músculo estriado voluntario.." (Guyton, 1988 pp 949) con fibras horizontales cuya función es abrir, y fibras circulares cuya función es cerrar, por lo que se puede relajar o contraer a voluntad según las condiciones propicias para hacerlo . La contracción del esfínter anal externo impedirá la defecación a pesar de la activación del reflejo. Si no tiene lugar la defecación, las heces regresarán al colon sigmoideo, hasta que movimientos peristálticos estimulen de nuevo los receptores y surja la necesidad de defecar o ésta se estimule mediante la inspiración profunda para mover el diafragma hacia abajo y contrayendo los músculos abdominales, con lo cual el contenido fecal del recto lo distiende y desencadena nuevos reflejos, aunque éstos no son tan eficaces como el reflejo natural, por lo que, si se inhiben los anteriores con frecuencia, se sufrirá de estreñimiento . En lactantes, " el reflejo de defecación provoca el vaciado del recto sin regulación voluntaria del esfínter anal externo" (Tortota, 1989 pp 799).

2.1.2 MICCIÓN.

Este término se refiere al vaciamiento de la vejiga urinaria. La orina, formada en cada riñón, pasa primero hacia la pelvis renal, y a continuación por el uréter hacia la vejiga urinaria. Cuando ésta se llena con un volumen de 200 a 400 ml. se incrementa la presión intravesical, excitándose así las terminaciones nerviosas de la pared vesical o "receptores de estiramiento", los cuales transmiten impulsos nerviosos por vía aferente a la médula espinal en su región sacra. La señal se transmite de vuelta, por vía eferente o refleja hacia la pared vesical la cual se contrae por medio del músculo detrusor (liso y por lo tanto involuntario), aumentando así la presión. Al mismo tiempo se relaja el esfínter vesical interno. El reflejo de la micción es "...autorregenerativo, la contracción inicial de la vejiga activa los receptores que causan un aumento de impulsos aferentes vesicales, que provocan un incremento mayor de la contracción refleja de la propia vejiga. El ciclo se repite una y otra vez hasta que la vejiga alcanza un grado muy intenso de contracción " (Guyton, 1988, pp 562). La distensión del cuello vesical causa

entonces causa entonces otro reflejo más que pasa por la región sacra de la médula y regresa después al esfínter externo para inhibirlo, sin embargo, debido a que este esfínter es innervado también por la parte consciente del cerebro principalmente a nivel de corteza y el músculo del esfínter vesical externo es estriado (voluntario), el sujeto es capaz de controlar la micción. Si no se micciona, quedará latente el reflejo y reaparecerá después de un tiempo, y al llenarse la vejiga, el reflejo se tornará tan poderoso, que será indispensable orinar. En lactantes, el músculo detrusor se contrae espontáneamente cuando la vejiga está llena y continúa su contracción hasta que ésta se vacía completamente. La vejiga de un infante soporta de 40 a 50 ml. de orina.

Ajuriaguerra (1990) resume el mecanismo anterior mediante la explicación de cuatro sistemas que aseguran la evacuación y retención de la orina, dos sistemas de contención y dos de expulsión:

1.- El primer sistema de contención garantiza el cierre permanente de la vejiga por medio del esfínter externo liso, involuntario.

2.- El segundo sistema de contención funciona como un refuerzo del primero por contracciones voluntarias del esfínter externo estriado.

3.- El primer sistema de expulsión funciona con un músculo liso (el detrusor), que es involuntario y provoca una contracción intermitente de la vejiga.

4.- El segundo sistema de expulsión compone todos los músculos abdominales que son capaces de contraerse voluntariamente provocando la contracción de la vejiga.

Tenemos, pues, que la micción puede ser automática y voluntaria, y ésta última "... depende de la maduración del sistema nervioso en general. " (Ajuriaguerra, 1990 pp 264).

2.2 La mecánica esfinteriana: su organización nerviosa.

Ajuriaguerra (1990) refiere que, para algunos autores, el problema de la micción se encuentra estrechamente ligado a la maduración del sistema vesical. Según Muellner (citado por Ajuriaguerra, 1990) existen cuatro etapas de "maduración" en el control esfinteriano :

- Conciencia de vejiga llena.
- Posibilidad de retener.
- Posibilidad de orinar cuando la vejiga está llena completamente.
- Posibilidad de orinar cuando la vejiga está parcialmente llena.

Para Guyton (1988), la micción refleja es : "un proceso medular completamente automático " (Guyton, 1988 pp 563) sin embargo, es capaz de inhibirse o facilitarse por centros a nivel encefálico : centros facilitadores e inhibidores en el tallo cerebral y varios centros localizados en la corteza cerebral, que son principalmente inhibidores pero pueden ser excitadores. Este autor afirma que se ejerce control sobre la micción por los siguientes medios:

a) Los centros altos sostienen el reflejo de micción parcialmente inhibido excepto en el momento que hay deseo de orinar.

b) Los centros altos impiden la micción incluso cuando se ha producido el reflejo, por la contracción continua del esfínter externo hasta el momento propicio.

c) Cuando llega el momento de orinar, los centros corticales facilitan que los centros de la micción sacra inicien el reflejo y pueden inhibir el esfínter urinario externo con el fin de que se vacíe la vejiga.

En lo que respecta al control del esfínter anal , normalmente es anterior al esfínter vesical. "queda consolidado antes y con mayor firmeza " (Ajuriaguerra, 1990 pp 265) .

2.3 Desarrollo evolutivo

" El control del esfínter no es algo innato " (Ajuriaguerra , 1990 pp 264) y no es suficiente la existencia de un sistema anatomofisiológico, sino que la maduración de éste sistema facilita una seriación evolutiva de conductas.

Según T.W. Higgins y cols. (citados por Ajuriaguerra, 1990) , entre los 10 y 12 meses el sistema nervioso es capaz de hacer asociaciones simples, y el sentarse en el orinal puede ir asociado con el proceso de micción , sin embargo, al adquirirse nuevos conocimientos las asociaciones elementales quedan encubiertas, y hacia los 20 meses el niño manifestará sus deseos de control mediante señas, y éstas se debilitarán con la aparición del lenguaje.

Por otro lado, Gesell (1940) , contempla , dentro de su serie evolutiva con respecto a la eliminación las siguientes conductas en relación con la edad cronológica, confirmando siempre "Suma importancia al sustrato biológico en la determinación de la forma y sucesión de los fenómenos de desarrollo" (Gesell , 1977 pp 9) :

15 meses

- 1.- El niño reacciona ante el baño, dispuesto a colaborar , especialmente para los movimientos intestinales.
- 2.- Indica los pantalones o pañales mojados, generalmente señalándolos.
- 3.- Suele despertarse seco de la siesta.

18 meses

- 1.- Necesidades reguladas, tanto en el control intestinal como urinario.
- 2.- Suele despertarse de noche, llorando para que lo cambien.

21 meses

- 1.- Empieza a decir sus necesidades usando la misma palabra, generalmente para ambas funciones.
- 2.- Orina con mayor frecuencia.

24 meses

- 1.- Distingue verbalmente entre las funciones intestinales y urinarias, pero no se muestra seguro.
- 2.- Hay que llevarlo al baño a horas especiales.
- 3.- Rara vez padece accidentes intestinales.
- 4.- Se mantiene seco de noche si se le levanta.

30 meses

- 1.- Los periodos de eliminación se hacen más largos.
- 2.- Puede resistirse a ir al baño si se le lleva con frecuencia.

36 meses

- 1.- Responde a las horas de rutina y entre éstas generalmente no necesita ir al baño.
- 2.- Toma sobre sí mismo la responsabilidad de ir al baño, pero siempre comunica donde vá.
- 3.- Tiene tendencia a retener demasiado tiempo, en ocasiones se moja lo pantalones antes de llegar al baño.
- 4.- Puede ir él solo, pero necesita que lo ayuden con los botones posteriores.
- 5.- Trata de limpiarse él mismo, pero sin mayor éxito.
- 6.- Verbaliza la diferencia existente entre niñas y varones, diciendo que las niñas se sientan cuando van al baño y los varones se quedan parados.
- 7.- Las niñas suelen tratar de orinar estando de pie, imitando a los varones (42 meses).
- 8.- Se mantiene seco de noche, sin necesidad de levantarse (42 meses).

48 meses

- 1.- Va solo y se arregla la ropa sin dificultad.
- 2.- Todavía puede avisar antes de ir, pero insiste en ir él solo prefiriendo a menudo dejar la puerta del baño cerrada.
- 3.- Le gusta meterse al baño cuando éste está ocupado.
- 4.- Muestra marcado interés por el baño en casas ajenas.
- 5.- Muestra un interés excesivo por los movimientos intestinales, formulando muchas preguntas acerca de esta función.

60 meses

- 1.- Vá al baño por sí solo, y logra la limpieza.
- 2.- No dice a los adultos cuando vá al baño.
- 3.- Varones y mujeres acuden a un baño separado en el jardín de infantes.
- 4.- Empieza a ser consciente en cuanto a exponerse a ser visto.

En términos generales, Gesell (1940) refiere que del primero al cuarto mes los movimientos intestinales ocurren comúnmente después de la comida. Después de los cuatro meses, la eliminación es irregular. De los ocho a los nueve meses, se establece nuevamente una relación entre la ingestión de alimentos y la eliminación . Probablemente el niño de 12 meses se niegue a ser llevado al baño. A los 15 meses, la defecación se presenta inmediatamente después de ser llevado al baño aunque, si se lleva a la hora habitual, expulsará las heces en forma explosiva debido a la contracción y relajación brusca del esfínter, músculo que se está ejercitando; a esta edad comienza a atribuir los productos urinarios o fecales a su propio comportamiento, aunque comunica el resultado después del hecho, solo hasta los 18 meses es capaz de comunicar antes del hecho; controla así a los demás pero no realiza distinción ni verbal ni intelectual entre los productos del intestino y la vejiga. De los 15 a los 24 meses el infante puede sufrir incontinencias ocasionales, que después de esta edad son raros. Se puede

presentar , asimismo, una constipación a los 27 ó 30 meses, la cual se debe al " Ejercicio y expresión de su creciente control intestinal " (Gesell, 1977 pp 274) .

El control de la orina, según Gesell (1940) se alcanza de modo similar, con la excepción de que a los 21 meses se presenta un aumento en la frecuencia, ya que la vejiga se contrae después de la micción de una pequeña cantidad de orina o bien, la contracción del esfínter impide el vaciamiento completo de aquella. A los 36 meses presenta dificultad para relajar el esfínter .

Basándonos en la anterior información , tenemos que aproximadamente a los 18 meses el niño comienza a adquirir control voluntario de los esfínteres , y Gesell (1940) atribuyo su falta de "fuertes" escrúpulos urinarios o fecales a una " falta de conocimientos " (Gesell , 1977 pp 51) . Esta adquisición de control voluntario se vé favorecida por las características de desarrollo que presenta el niño a esta edad, las cuales mencionaremos a manera de Gesell (1940):

a) Características motrices: El menor de 18 meses logra un dominio parcial de sus piernas, se sienta con mayor soltura.

b) Conducta adaptativa : Domina un plano práctico de las relaciones geométricas de su medio físico. Posee un avanzado sentido de verticalidad. Se amplía su atención y reacciona ante episodios perceptualmente delineados. Es capaz de completar una cadena de hechos.

c) Lenguaje: Su repertorio articulado incluye, por lo menos, dos palabras. Sin embargo, comprende el lenguaje y es capaz de comunicar una amplia gama de estados emocionales, aunque su expresividad es egocéntrica ya que la distinción entre él y los demás aún no está completada. Sus vocalizaciones comienzan a tener implicación social. Responde a órdenes sencillas y reconoce ya muchos objetos que es incapaz de nombrar.

d) Conducta personal-social : Comienza a reconocer lo "mío" y distinguir entre "tú" y "yo" . Gusta de llevar a cabo pequeños mandatos, más por la satisfacción kinestésica que esto le proporciona que por razones sociales. Presenta mimetismo, reproduce más perfectamente lo que

vé, con el fin de que, posteriormente por medio de " estas reconstrucciones perceptuales y emocionales " (Gesell, 1977 pp 52) logre disminuir su egocentrismo y percibir a los otros como individuos semejantes a él. Se muestra reacio a cambios de rutina y transiciones bruscas, Gesell (1940) atribuye esta conducta oposicionista al hecho de que el niño de 18 meses presenta precariedad en lo que respecta a diferenciar perceptualmente, es por esto que " se aferra a sus bienes mentales"(Gesell, 1977 pp 51) ; su oposición, dice este autor, "... más que agresiva, es autoconservadora... un cambio repentino es como un precipicio, y trata de evitarlo" (Gesell, 1977 pp 51). Esta tendencia conservadora y oposicionista del niño en esta edad es una condición necesaria para su desarrollo, exige transiciones graduales y moderadas, no atienda a retos ni persuasión verbal, y en él de acuerdo con éste autor, no existen sentimientos de culpa o, refiere, "son muy rudimentarios" (Gesell, 1977 pp 51).

En síntesis, destacamos que el logro del control voluntario de esfínteres es una actividad que involucra tanto aspectos de madurez neurofisiológica como logros a nivel psicoevolutivo en áreas tales como motriz, adaptativa, personal-social y de lenguaje. Aunque el menor de 15 meses es capaz de atribuirse la producción urinaria e intestinal, no es hasta los 18 meses que logra el establecimiento y control de ciertas conductas que le son necesarias para la consecución de la continencia. Tenemos pues, que el niño de esta edad, además de haber adquirido una madurez neurofisiológica que le permite el logro de la relajación y contracción del músculo esfinteriano además de una sensación consciente de las funciones excretoras, es capaz de completar una cadena de hechos, responde a órdenes sencillas, su repertorio articulado de lenguaje incluye por lo menos dos palabras y su dominio motor es tal, que puede sentarse con mayor soltura.

CAPITULO III

MANEJO CONDUCTUAL



CAPITULO III

MANEJO CONDUCTUAL

(Una nueva libertad, de carácter más positivo, surge como producto del control de la conducta y le permite al ser humano)... "lograr el control del mundo del cual forma parte.... aprender, por fin, a dominarse a sí mismo."

SKINNER

A decir de Ajuriaguerra, (1990) , para algunos autores el control esfinteriano se organiza en el marco de la relación afectiva del niño y su ambiente, mientras que para otros puede modificarse por la actuación de diversos tipos de condicionamiento: " El control del esfinter... es el resultado de una maduración del sistema y el condicionamiento impuesto por la sociedad... cabe preguntarse si se tratará de la maduración nerviosa propiamente dicha o más bien de cierto grado de madurez indispensable para posibilitar el condicionamiento " (Ajuriaguerra, 1990 pp 264). Del mismo modo, E. J. Anthony (citado por Ajuriaguerra, 1990) , menciona que el lograr que el niño se siente en el orinal es un éxito atribuible a un proceso de condicionamiento: "Al iniciarse el control voluntario, simultáneo al desarrollo cortical, el niño sabe evacuar en un recipiente especial, y posteriormente generalizar la evacuación en cualquier lugar idóneo " (Ajuriaguerra, 1990 pp 265) .

El hablar de condicionamiento y de la importancia que éste posee en el proceso de control esfinteriano, se hace indispensable mencionar los principios en los que se basa el enfoque conductual .

Los organismos, según Rachlin (1982) , tratan de influir en el comportamiento de otros organismos a través de diversos medios y con una variedad de propósitos. El enfoque

conductual hace énfasis en los determinantes ambientales, situacionales y sociales que influyen en la conducta, lo cual puede ser esquematizado de la siguiente manera:

$$C = f(e)$$

Donde: C: Conducta

e: Estímulos ambientales

Lo que significa que las relaciones entre los estímulos ambientales determina la aparición de una conducta, es decir, que la mayoría de las conductas son susceptibles de ser adquiridas o incluso alteradas por medio del aprendizaje: "La conducta resulta ser una función de los estímulos previos y de las consecuencias ambientales" (Ribes, 1979 pp 14).

En 1913, Watson (citado por Caparrós, 1982) dentro de su artículo " La Psicología tal como la vé un conductista " señala que la meta teórica de la Psicología es la predicción y control de la conducta. Según Kazdin (1978), un objetivo del enfoque conductual es proporcionar experiencias de aprendizaje que promuevan en el conductas aceptables y prosociales.

En general, existen tres tipos de aprendizaje según este enfoque que son importantes para el desarrollo y alteración de la conducta:

- A) Condicionamiento Clásico o Respondiente.
- B) Condicionamiento Operante o Instrumental.
- C) Aprendizaje Vicario, Observacional, Imitación o Modelamiento.

3.1 CONDICIONAMIENTO CLASICO O RESPONDIENTE

El condicionamiento Clásico o Respondiente fué estudiado por Pavlov (1849-1936) quien, a lo largo de su investigación sobre la digestión descubrió que ciertos estímulos evocan respuestas automáticamente; a estos estímulos se les llamó incondicionados, las respuestas evocadas son reflejas o involuntarias y llamadas respondientes.

Por medio del condicionamiento clásico, un estímulo neutral (que no provoca por sí mismo una respuesta particular de modo automático) es capaz de producir una respuesta refleja. Esto se logra mediante el apareamiento repetido de un estímulo neutral con uno incondicionado: de tal manera que el primero adquiere las propiedades del segundo.

Kazdin (1978) menciona que este tipo de condicionamiento "es el proceso mediante el cual nuevos estímulos obtienen el poder de provocar una conducta... (y) los eventos o estímulos que preceden a la conducta, controlan la respuesta " (Kazdin, 1978 pp 15). Por lo que el modelo sería el siguiente:

E1 ----- R1

E2 ----- R2

E2 ----- R1

por medio de:

Ei ----- Ri

Rc

En ----- R2

donde:

E : Estímulo.

R : Respuesta.

Ei: Estímulo incondicionado.

Ri: Respuesta incondicionada.

En: Estímulo neutral.

R2: Otra respuesta (asociada originalmente a En)

Rc: Respuesta condicionada.

Caparrós (1982) , afirma que las respuestas innatas que un organismo posee no son suficientes para adaptarse, por lo que requiere del aprendizaje, y que la capacidad de

adquisición de respuestas condicionadas es mayor cuanto mayor es la complejidad del organismo, por lo que el ser humano es el organismo con más capacidad de condicionamiento.

3.2 CONDICIONAMIENTO OPERANTE O INSTRUMENTAL

Por otro lado, Kazdin (1978) acerca del Condicionamiento Operante o Instrumental nos dice que : " Las conductas susceptibles de ser controladas mediante la alteración de las consecuencias que le siguen se les llama operantes "(Skinner, citado por Kazdin ,1978 pp 17), es decir, que operan en el medio ambiente y generan consecuencias.

En 1989 Thorndike, mediante la experimentación con gatos, perros y gallinas dentro de " cajas problema " estableció la Ley del Efecto, la cual se enuncia de la siguiente manera : " Un efecto de un comportamiento positivo es incrementar la probabilidad de que vuelva a suceder en situaciones similares " (Rachlin, 1982 pp 242) . Bajo esta afirmación se desarrolla el Análisis Conductual Aplicado, procedimiento objetivo y funcional cuyo representante principal fué Skinner quien, a partir de datos observables buscó relaciones funcionales entre ellos.

Los principios del condicionamiento operante, según Kazdin (1978) describen la relación entre los eventos conductuales y ambientales (antecedentes y consecuentes) que influyen en la conducta. En la mayor parte de las aplicaciones de estos principios, se hace énfasis en la consecuencia de la conducta; estas consecuencias deben ser dependientes o contingentes de la ocurrencia de una conducta y el cambio conductual se dá cuando ciertas consecuencias son contingentes de la ejecución: "Una consecuencia es contingente sólo cuando se dá después de que se ha realizado la conducta-objetivo y no está disponible en otras situaciones " (Kazdin, 1978 pp 28).

Las relaciones funcionales que acabamos de describir se esquematizan en el siguiente paradigma de triple contingencia:

Ea ----- R ----- Ec

donde:

Ea: Estímulo antecedente.

R : Respuesta.

Ec: Estímulo consecuente.

Es decir, que ciertos estímulos (antecedentes) facilitan la emisión de una respuesta la cual provoca una consecuencia (Ec) que tiende a aumentar la probabilidad de que la respuesta se exhiba, disminuya, desaparezca, se mantenga o se incremente.

3.3 El refuerzo: teorías.

El reforzamiento consiste en administrar una consecuencia cuando se emite la conducta que esperamos. Esta consecuencia, o evento contingente a la conducta se denomina Reforzador; puede ser tangible o social y aumenta la probabilidad de que se exhiba una conducta debiéndose administrar según los principios señalados por Walker y Shea (1984) :

- 1.- El reforzamiento depende de la conducta blanco (conducta esperada) .
- 2.- La conducta blanco debe ser reforzada inmediatamente después de exhibirse.
- 3.- Durante las etapas iniciales, la conducta blanco se refuerza cada vez que se exhiba.
- 4.- Cuando la conducta blanco alcanza un nivel satisfactorio, se refuerza intermitentemente.
- 5.- Los reforzadores tangibles siempre se aplican con reforzadores sociales.

El reforzador, asimismo, debe proporcionarse en cantidades pequeñas para evitar la saciedad y debe ser atractivo para el sujeto, pero, ¿Cómo saber qué reforzador resulta atractivo?: Según la teoría de " Reducción de necesidades " (Rachlin, 1982 pp 318), los reforzadores deben ser capaces de reducir necesidades de tipo fisiológico. Otra teoría, la de " Reducción de tensión " (Rachlin, 1982 pp 318) sostiene que los reforzadores deben ser capaces de reducir tensión en los organismos. En 1954, Olds y Milner hallaron que una rata aprendía a apretar una palanca para conseguir " ligeras descargas que le proporcionaban estimulación cerebral " (Rachlin, 1982 pp 319) . La teoría de las " Respuestas Consumatorias " afirma que : " Ciertos actos y sensaciones implicadas en la realización de estos actos son considerados como premios inmatos para los organismos " (Rachlin, 1982 pp 320) . La " Teoría del refuerzo " , publicada por Premack en 1961, y que en 1971 se hizo extensiva al castigo, asume que existe una jerarquía de eventos ordenados según su valor, por lo que el refuerzo y el

castigo se determinan por la relación entre los sucesos de una jerarquía dada : " Cuando un suceso de alto valor es contingente con otro de bajo valor, la ocurrencia del primero sirve como premio y el segundo deviene reforzando " (Rachlin, 1982 pp 322), lo mismo sucede con el castigo cuando uno de poco valor es contingente con uno de alto valor, es decir: " En cualquier par de respuestas o actividades en las que se ocupe un individuo, la más frecuente reforzará a la menos frecuente " (Kazdin, 1978 pp 33).

3.4 Programas de reforzamiento.

Se denomina programa de reforzamiento a "...la regla que denota cuántas respuestas o cuales respuestas específicas serán reforzadas " (Kazdin, 1978 pp 126).

En el programa más simple, se refuerza una respuesta cada vez que ocurre, y a este programa se le denomina REFORZAMIENTO CONTINUO. Cuando el reforzamiento se aplica después de algunas respuestas, el programa se conoce como REFORZAMIENTO INTERMITENTE. Una conducta que se desarrolla con reforzamiento continuo, dice Kazdin (1978), tiene una tasa más alta de ejecución durante su adquisición.

En el laboratorio se han estudiado básicamente cuatro programas intermitentes básicos. Dos de ellos especifican que el reforzador debe ser contingente a la emisión de un cierto número de respuestas y se les denomina PROGRAMAS DE RAZON, puesto que "... se especifica la razón de un número total de respuestas para la que se vá a reforzar, según el programa " (Kazdin, 1978 pp 218). Existen dos tipos de programas de razón:

- a) Programa de Razón Fija.
- b) Programa de razón variable.

En el PROGRAMA DE RAZON FIJA, se requiere que se realicen un número de respuestas invariables. La ejecución de este tipo de programa, según Kazdin (1978) difiere de la magnitud de la razón. Inicialmente, se observa una pausa temporal entre las respuestas y posteriormente se observa un rápido crecimiento en la tasa de respuesta.

En el PROGRAMA DE RAZON VARIABLE, se presenta el reforzador después de un número variable de respuestas. La ejecución bajo estos programas es consistentemente alta, y según Kazdin (1978) las pausas de respuesta que se presentan en los programas de razón fija pueden eliminarse mediante el uso de este programa, además de que la conducta mantenida bajo un programa de este tipo se extingue más lentamente.

Otros dos tipos de programas de reforzamiento intermitente son aquellos en los que el reforzamiento depende "...del paso del tiempo " (Davidoff, 1984 pp 181), y son de dos tipos:

a) Programa de intervalo fijo.

b) Programa de intervalo variable.

Un PROGRAMA DE INTERVALO FIJO requiere que pase un intervalo de tiempo antes que se proporcione reforzador. Un programa de este tipo requiere sólo de una respuesta ejecutada después de que se ha cumplido el tiempo prescrito , y esta eficiencia de respuesta es rara vez vista. Después del reforzamiento, generalmente se observa una pausa en la que no se dan respuestas. Estos programas llevan tasas de respuestas poco consistentes.

En los programas de INTERVALO VARIABLE, el intervalo de tiempo entre dos reforzadores "...varía al azar alrededor de un valor promedio " (Davidoff, 1984 pp 181). Las respuestas tienden a ocurrir más rápidamente, aunque las tasas de ejecución son más bajas en los programas de intervalo que de razón, ya que en los primeros, "... no necesariamente se acelera el reforzamiento" (Kazdin, 1978 pp 131) si se aumentan las respuestas.

Los programas ya mencionados pueden ser combinados, según las necesidades del reforzamiento, dando lugar a programas de tipo MIXTO.

3.5 Generalización.

" Es el proceso mediante el cual una conducta reforzada en presencia de un estímulo se manifestará en presencia de otro " (Walker y Shea, 1987 pp 29) . Gracias a este importante elemento del aprendizaje, el efecto que tiene el reforzamiento sobre la conducta se puede dar en otras situaciones sin que necesariamente se requiera de las condiciones de estímulo que se llevaron a cabo en el entrenamiento o "... a través de las respuestas que se incluyeron en la contingencia " (Kazdin, 1978 pp 51).

Existen dos tipos de generalización :

- a) Generalización de estímulo.
- b) Generalización de respuesta.

Según Skinner, (1953 citado por Kazdin, 1978) el control que ejerce un estímulo dado es compartido por otros estímulos que le son semejantes. La GENERALIZACION DE ESTIMULO es la transferencia de una respuesta a situaciones diferentes a la del entrenamiento:

S4	
S2	
S1	R1
S3	
S5	

donde:

S1 : Situación original de reforzamiento.

S2, S3, S4, S5 : Situaciones semejantes a la original.

R1 : Respuesta original.

Es decir, una respuesta (R1) reforzada en una situación (S1) se generaliza a otras situaciones (S1, S2, S3, S4, S5) que son semejantes a la situación original.

El grado de generalización del estímulo es " Una función de la semejanza de nuevos estímulos (o situaciones) con el estímulo bajo el cual se entrenó la respuesta " (Kimble, 1961 citado por Kazdin, 1978 pp 52).

La GENERALIZACION DE RESPUESTA se basa en que: " El reforzamiento de una respuesta incrementa la probabilidad de otras respuestas que le son semejantes " (Skinner, 1953 citado por Kazdin, 1978 pp 53), dicho de otra manera:

	R4
	R2
S1	R1
	R3
	R5

donde:

S1 : Situación de reforzamiento.

R1 : Respuesta original.

R2, R3, R4, R5 : Respuestas semejantes a la reforzada.

Es decir, el reforzamiento de una respuesta (R1) en una situación dada (S1), puede resultar en un incremento de otras respuestas (R2, R3, R4, R5) que son semejantes a la respuesta reforzada.

Según el grado en que se asemeje una respuesta no reforzada a una reforzada, se incrementará la " posibilidad de la respuesta semejante " (Kazdin, 1978 pp 53).

3.6 Discriminación.

La Discriminación es otra conducta aprendida de suma importancia; mediante ésta un individuo actúa de manera distinta ante diferentes situaciones. La Discriminación es el resultado del reforzamiento diferencial, es decir, el proceso mediante el cual se refuerza una conducta en presencia de un estímulo, y no se refuerza en presencia de otro. De acuerdo con

Kazdin (1978), cuando una respuesta es reforzada consistentemente en presencia de un estímulo particular y no reforzada de modo consistente en presencia de otro, cada estímulo indica las consecuencias que probablemente le sucederán.

Cuando se controlan diferencialmente las respuestas por medio de los estímulos antecedentes se dice que la conducta está bajo control de estímulos.

3.7 Tratamiento conductual.

El tratamiento conductual, a decir de Ribes (1979) abarca tres aspectos fundamentales:

- 1.- La creación de nuevas conductas.
- 2.- Aumento de frecuencia a las conductas ya existentes.
- 3.- Supresión de conductas objetables.

Lo anterior se logra mediante una serie de técnicas que describiremos brevemente a continuación:

La CREACION DE NUEVAS CONDUCTAS es posible mediante el uso de:

- Reforzamiento positivo: Consiste en presentar un reforzador agradable después de que la conducta blanco se exhiba.
- Moldeamiento por aproximaciones sucesivas: Se utiliza cuando el sujeto no posee la conducta deseada en su repertorio; para lograr que aparezca ésta se refuerzan diferencialmente las respuestas más parecidas a la conducta deseada. Es posible hacer uso de instigadores físicos.
- Reforzamiento negativo: Es la probabilidad de que una respuesta se dé como consecuencia de la omisión de un estímulo aversivo ya funcionando. Se retira un objeto o hecho contingente a la respuesta.
- Economía de fichas: Es un sistema de reforzamiento basado en fichas, las cuales son reforzadores generalizados que se pueden canjear por una variedad de eventos llamados reforzadores de apoyo.

- Contratos de contingencias: Un contrato especifica la relación entre las conductas y sus consecuencias. Específicamente, el contrato indica los reforzadores deseados por el sujeto y la conducta que se desea implementar.

EL MANTENIMIENTO DE CONDUCTAS se logra mediante:

- Reforzamiento intermitente: Se presenta el reforzador de manera discontinua. Solo se refuerzan algunas conductas blanco.

- Encadenamiento: Mediante este procedimiento, se refuerzan segmentos simples de la conducta blanco cuando ésta es compleja, y posteriormente se unen; para lograr esto se refuerza primeramente la última respuesta y así sucesivamente hasta la primera. Se utilizan reforzadores condicionados con el fin de que la conducta se mantenga, tantos como en segmentos se descomponga la conducta.

Las conductas son susceptibles de ser REDUCIDAS con el uso de:

- Extinción: Este procedimiento consiste en suspender la entrega de reforzamiento, es decir, suprimir las consecuencias que le siguen a determinada conducta.

- Tiempo fuera de reforzamiento: Se utiliza cuando, aún conociendo el reforzador que mantiene la conducta, no es posible suspender su administración, por lo que se saca al sujeto de la situación cuando emite la conducta que se desea suprimir.

- Castigo: Es un procedimiento mediante el cual se aplica un estímulo punitivo como consecuencia de la conducta; estos estímulos pueden dañar al sujeto y en general, sus efectos son de corta duración.

- Estímulo aversivo condicionado: Los estímulos se pueden condicionar según el principio de condicionamiento clásico, de tal manera que un estímulo neutral evoque propiedades punitivas.

- Costo de respuesta o castigo negativo: Consiste en retirar, como consecuencia de la conducta, algún reforzador disponible.

- Reforzamiento de conductas incompatibles: Se basa en el reforzamiento de otras conductas que son incompatibles con la conducta que se desea suprimir.

- **Saciedad** : Consiste en aumentar un reforzador de manera considerable, hasta que se sacia el sujeto y el reforzador pierde valor como tal.

- **Desensibilización**: Es un proceso de disminución sistemática de determinados miedos aprendidos o reacciones fóbicas. Consiste en la presentación repetitiva del más débil de los objetos de una lista de estímulos provocadores de la ansiedad. Los siguientes objetos de la lista se presentan en forma sucesiva, hasta lograr que el más fuerte de los que causan ansiedad deje de provocarla.

En el tratamiento conductual, asimismo, se utilizan distintos procedimientos accesorios que son de utilidad para facilitar la emisión de algunas conductas y que son llamados **ESTIMULOS SUPLEMENTARIOS**:

- **Instigadores**: Es un evento que ayuda a iniciar una respuesta. Su función es la de forzar su emisión. Estos instigadores pueden ser físicos o verbales.

- **Exposición del reforzador y probación**: Consiste en familiarizar al sujeto con el reforzador o exponerlo a las condiciones más parecidas a aquellas en las que se vá a administrar el reforzamiento.

- **Estímulos de preparación**: Su función es la de indicar, antes que la situación de respuesta se presente, cual es la respuesta y bajo que condiciones va a ser reforzada. Aún cuando existen variados estímulos de preparación, los más importantes son:

a) **Estímulos discriminativos sobreimpuestos**: Son estímulos que se agregan a una situación donde ya existe un estímulo discriminativo, es decir, el que produce la respuesta.

b) **Instrucciones**: Proveen al sujeto de información sobre la respuesta que se espera y las condiciones en que ésta será reforzada.

c) **Estímulos para respuesta de imitación**: Se hace uso del repertorio imitativo del sujeto con el fin de prepararlo hacia la respuesta que será reforzada.

3.8 APRENDIZAJE VICARIO U OBSERVACIONAL.

El aprendizaje Vicario u Observacional, también llamado Modelamiento, incluye los dos tipos de aprendizaje ya expuestos (Condicionamiento Respondiente y Operante). Este aprendizaje se obtiene por medio de la observación de un modelo.

" Tanto los organismos simples como los complejos aprenden por observación " (Davidoff, 1980 pp 197). Se cree que el proceso es innato ya que ha sido observado en neonatos humanos. Este tipo de aprendizaje ha sido estudiado a fondo por Albert Bandura, quien afirma que la respuesta modelada es adquirida por el observador mediante un " código cognoscitivo o cubierto de los eventos observados " (Bandura, 1969 citado por Kazdin, 1978 pp 18).

La ejecución de las respuestas aprendidas por medio de la observación depende de: " Las consecuencias asociadas a la respuesta, de la semejanza entre el modelo a imitar y el observador, del prestigio y habilidades del modelo y del número de modelos observados " (Bandura, 1971; Rachman, 1972 citados por Kazdin, 1978 pp 19). Cabe señalar, asimismo, que el modelamiento es utilizado como técnica de terapia conductual.

En síntesis destacamos que el enfoque conductual se desvía del concepto tradicional de la conducta al rechazar impulsos, motivos y necesidades teóricas considerando a aquélla como una función de los estímulos previos y de las consecuencias ambientales, por lo que su tendencia es directa hacia la conducta observable por medio del análisis conductual aplicado. Este último es el establecimiento y manipulación de relaciones funcionales entre estímulos precedentes, conductas y consecuencias mediante una serie de técnicas que se basan en el conocimiento de los tres tipos de aprendizaje necesarios para la alteración y desarrollo de la conducta, a saber: Condicionamiento Clásico o Respondiente, Operante o Instrumental y Aprendizaje Vicario u Observacional.

Por último mencionaremos que un objetivo importante en la modificación de la conducta es el de proporcionar experiencias de aprendizaje que promuevan en el individuo conductas aceptables y prosociales, siendo este el caso del control esfinteriano que, como hemos visto, se facilita por medio de un proceso de condicionamiento.

CAPITULO IV

PROPUESTA DE INVESTIGACION METODOLOGIA



CAPITULO IV
PROPUESTA DE INVESTIGACION
METODOLOGIA

4.1 Planteamiento del problema.

El control de esfínteres es una conducta de autocuidado aprendida por el niño que le permite eliminar voluntariamente los deshechos del cuerpo en un lugar socialmente aceptado e incluye tanto aptitudes de las estructuras corporales como psicológicas, tratándose no simplemente de la adquisición de un hábito, sino el ejercicio de una etapa necesaria para la estructuración de su personalidad y sus relaciones con los demás. Es en esta etapa donde el niño logra cierta independencia y la experimentación de logros y fracasos, lo que le provee de límites introyectados y conciencia de sus relaciones sociales, especialmente con sus figuras primarias, por lo que quizá requiera de figuras paternas cuyas acciones tiendan a ser estables, disponibles y sensibles.

Por otro lado, debido a que el Análisis Conductual Aplicado presupone una serie de procedimientos que tienden a diseñar un ambiente general e individual del sujeto de manera que se facilite y promueva la adquisición de conductas, además de tratarse de un método objetivo y relativamente sencillo, su uso está indicado para el entrenamiento de habilidades necesarias tales como el control de esfínteres en niños pequeños, quienes son una fuente de respuestas y estímulos.

Las anteriores afirmaciones plantean las siguientes interrogantes:

- ¿ A través de un programa conductual es posible implementar en el repertorio conductual del niño el control esfinteriano?
- ¿ Es la participación activa de las madres facilitadora del aprendizaje de control esfinteriano?

4.2 Objetivos.

Observar los efectos inmediatos de un programa conductual de control esfinteriano aplicado a un grupo de menores en un Centro de Desarrollo Infantil; esto se logrará mediante el trabajo directo con los niños y el trabajo con las madres, a las cuales se les orientará a fin de intentar conseguir de parte de éstas una participación activa.

4.3 Sistema de hipótesis.

HIPOTESIS CONCEPTUAL.

La participación activa de las madres, a través de acciones constantes, disponibles y sensibles además de la aplicación de un programa conductual sencillo y objetivo favorece en el niño de 18 a 24 meses que asiste a un Centro de Desarrollo Infantil la adquisición del control esfinteriano.

HIPOTESIS OPERACIONALES.

Ho: No existen diferencias en el control esfinteriano de los niños antes de implementar el programa y después de la aplicación de éste.

Hi: Si existen diferencias entre el control esfinteriano de los niños antes de implementar el programa y después de la aplicación de éste.

Ho: No existe relación entre la participación activa de las madres y la adquisición por parte de los niños del control esfinteriano.

Hi: Si existe relación entre la participación activa de las madres y la adquisición por parte de los niños del control esfinteriano.

4.4 Identificación y definición de variables.

VD: Control esfinteriano.

VI: Programa de manejo conductual.

VI: Participación activa de las madres.

4.4.1 Variables extrañas (control de variables):

- a) Actitudes coercitivas o inconstantes proporcionadas por los padres en el hogar con respecto al control esfinteriano que dependen de su propia historia de desarrollo.
- b) Actitudes coercitivas o inconstantes proporcionadas por los educadores no observadas durante la supervisión del programa y que dependen de su propia historia de desarrollo.
- c) Acontecimientos tales como experiencias aversivas accidentales vividas por los menores en relación con el control esfinteriano.
- d) Nacimiento de nuevos hermanos, enfermedades o acontecimientos familiares que alteren la estabilidad emocional de los miembros.
- e) Inasistencias de los menores al C.D.I. durante el tiempo que duró la aplicación del programa.
- f) Edad, nivel socioeconómico, escolaridad y ocupación de las madres.

4.5 DEFINICIONES CONCEPTUALES.

- Control de esfínteres: Conducta de autocuidado que se refiere a la eliminación voluntaria de los deshechos del cuerpo (orina y heces fecales) en un lugar socialmente aceptado.

- Programa de manejo conductual (o de reforzamiento) : Es una prescripción para iniciar y terminar estímulos, sean discriminativos o reforzantes, en el paso del tiempo y en relación con alguna conducta.

- Participación activa de las madres: Entendida como acciones constantes y autorreguladas tendientes a inducir al niño al control esfinteriano.

4.6 DEFINICIONES OPERACIONALES.

- Control de esfínteres: Aumento del número de veces en las que el niño presenta conductas tales como sentarse en el orinal, miccionar o defecar en éste y disminución de negativas a sentarse y de la presencia de incontinencias.

- Participación activa de las madres: Puntaje obtenido en el cuestionario de 15 reactivos. Los resultados " favorables " en sus respuestas denotan una participación que tiende a ser activa.

4.7 Método.

4.7.1 SUJETOS.

18 infantes de ambos sexos (10 varones y 8 mujeres) que conformaban la muestra total de menores ingresados en el Centro de Desarrollo Infantil Central del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia con las siguientes características:

- a) Edad entre 18 y 24 meses.
- b) Incontinencia fecal y vesical sin experiencia previa de control esfinteriano.
- c) Ausencia de problemas perinatales y de desarrollo específicos.
- d) Asistencia de las madres a la charla de orientación sobre control esfinteriano.

La muestra original la conformaban 20 sujetos, sin embargo, un varón no se incluyó en la investigación por presentar problemas perinatales y una mujer no asistió durante la aplicación del programa por incapacidad médica de la madre.

Los sujetos se acomodaron por orden alfabético (iniciando con varones y posteriormente mujeres), proporcionándoles un número consecutivo.

4.7.2 INSTRUMENTOS DE EVALUACION

1.-Un Registro de sucesos, que consiste en contar las veces que ocurre una conducta determinada en un intervalo específico. Este tipo de registro es particularmente apropiado para

medir respuestas discretas, aquellas que tienen un inicio y un final claramente definido (Sulzer y Mayer, 1983 pp 87)

Los sucesos discretos se anotan en una lista de verificación de análisis de la tarea. " cuyos componentes operacionalizados se enumeran con espacios disponibles en los que puede marcarse presencia o ausencia " (Sulzer y Mayer, 1983 pp 87).

2.- Un Cuestionario de opinión. Esta técnica tuvo su auge en 1939, con George Gallup .Contiene 15 afirmaciones cuyas posibilidades de respuesta son "Falso" y "Verdadero".

4.7.3 DISEÑO.

Se trata de un estudio Prospectivo, longitudinal e Intervencionista . Se utilizó un diseño de tipo A-B con registro de línea base y aplicación de programa en la fase B.

4.7.4 MUESTREO.

Probabilístico, intencional.

4.7.5 ESCENARIO.

Una sala del Centro de Desarrollo Infantil- DIF , la cual cuenta con dos sanitarios separados por una barda de aprox. 1 mt. de alto.

Los sanitarios cuentan con 4 W.C. pequeños cada uno, un cambiador y 4 lavamanos. Dado el número pequeño de W.C., se distribuyeron orinales previamente marcados con figuras agradables para el niño destinado a usarlo (los orinales fueron colocados en el suelo).

4.7.6 PROCEDIMIENTO.

Fase 1: Elaboración de instructivos que contienen una aproximación teórica del control esferiteriano y acciones a seguir dirigidos a padres de familia y personal a cargo del grupo

muestra (se elaboró un instructivo dirigido a padres de familia y otro a personal) con el fin de facilitar acciones constantes y autorreguladas por parte de éstos (Anexo 1).

Fase 2 : Elaboración de cuestionario para ser usado como piloto tendiente a conocer las opiniones de las madres de familia (la población que más frecuentemente se presenta en el Centro de Desarrollo Infantil para aclarar asuntos relacionados con los niños) hacia las siguientes áreas:

- a) Opiniones sobre el programa de control de esfínteres.
- b) Opiniones sobre su colaboración al programa en casa
- c) Opiniones acerca de la personalidad del niño en la etapa de control esfinteriano.
- d) Opiniones acerca de las excreciones.

Se elaboraron 6 ítems con tendencia favorable y 6 desfavorable para todos los incisos y se sortearon para su acomodación. El Cuestionario piloto constó de 48 afirmaciones las cuales podían ser respondidas con CIERTO o FALSO (anexo 2).

Fase 3 : Se aplicó el cuestionario piloto a 20 madres de un grupo en el cual ya se había aplicado anteriormente el programa .

Fase 4 : Se realizó el tratamiento estadístico de los cuestionarios considerándolos como cuestionarios de opción múltiple, en los que cada ítem poseía una clave de respuesta. Se calculó el ID (índice de discriminación) y la confiabilidad por medio del método de Kuder-Richardson 20 para ítems con valores dicotómicos. Se obtuvieron 15 ítems significativos.

Fase 5 : Elaboración de cuestionario final con 15 afirmaciones cuyas posibilidades de respuesta son CIERTO o FALSO (Anexo 3). El cuestionario fué modificado en sus instrucciones para evitar que algún ítem quedara sin contestar (tal como sucedió en el estudio piloto) y se modificó la redacción de las afirmaciones a tercera persona con el fin de evitar que estuviesen cargadas con un fuerte tinte emocional: " Si se encuentra alguna falla en uno o más aspectos del estudio (gracias al piloteo) , se pueden hacer ajustes antes de realizar la investigación propiamente dicha " (Zinzer, 1987 pp 166) . Las respuestas esperadas (similares

a la clave) se calificaron con 1 y las no esperadas (diferentes a la clave) con 0. Se realizó una suma y, mediante una media de respuestas esperadas se decidió si la tendencia de los cuestionarios era favorable o desfavorable.

Fase 6 : Se impartió una charla de orientación al personal a cargo del grupo muestra (una educadora y tres auxiliares educativas) acerca de aspectos evolutivos y personalidad del niño en etapa de control esfinteriano, así como explicación del programa con el fin de predisponer en aquél acciones constantes y autorreguladas tendientes a inducir al niño a un control esfinteriano. Se repartieron instructivos dirigidos al personal.

Fase 7 : Se impartió una charla de orientación dirigida a padres de familia (a la cual asistieron exclusivamente madres) del grupo muestra acerca de aspectos evolutivos y personalidad del niño en etapa de control esfinteriano así como explicación del programa y acciones a seguir en casa con el fin de predisponer en aquéllas acciones constantes y autorreguladas tendientes a inducir al niño a un control esfinteriano. Se repartieron instructivos dirigidos a padres de familia.

Fase 8 : Registro de Línea Base una semana anterior al inicio del programa. Los menores no poseían en su repertorio conductual las conductas de miccionar o defecar en el orinal.

Fase 9 : Inicio del programa: Los menores se repartieron en dos sanitarios del modo en que eran atendidos en su cambio de pañal, situación que se dió aleatoriamente al inicio del curso.

En la pared de los sanitarios se colocaron unas cartulinas con fines de registro (Registro de sucesos) las cuales eran cambiadas cada semana y un mensaje anexo con el fin de motivar a las asistentes educativas y como recordatorio a las claves de registro (Anexo 4).

Se registró la conducta de cada niño según las siguientes claves:

- NS : El menor se rehusó a sentarse en el orinal.
- S/N : El menor se sentó en el orinal, no defecó ni orinó.
- S/O : El menor se sentó en el orinal, orinó.
- S/D : El menor se sentó en el orinal, defecó.

S/OD :El menor se sentó en el orinal, defecó y orinó.

/ : Se registró mediante palomeo en la columna A (accidentes) cada incontinencia (Cada vez que el menor orinaba o defecaba fuera del orinal).

El programa se aplicó en un lapso temporal de 4 semanas en las cuales se invitó al niño a sentarse en el orinal para defecar o miccionar (Los orinales se distribuían siempre de la misma manera, la madre les adhirió previamente una calcomanía agradable con el fin de que los menores se sintieran más seguros, se estableciera un aprendizaje instrumental entre la conducta de miccionar o defecar y el orinal, además de que, con el tiempo, fueran capaces de identificar su propio orinal. Se recomendó a las madres que usaran un orinal idéntico en casa para que el infante estableciera una generalización.) conforme al siguiente horario:

- 1.- Ingresando al Centro de Desarrollo Infantil.
- 2.- Después del desayuno.
- 3.- Después del refrigerio (consistente en un vaso de líquido)
- 4.- Después de comer y antes de la siesta.
- 5.- Después de la siesta.

Se colocó pañal en el trayecto de casa a Centro y viceversa, así como durante la hora de dormir, el cual se retiró después de las 4 semanas.

Se proporcionó reforzamiento consistente en un pequeño dulce perfumado inmediatamente después de que se presentaba la conducta deseada mediante un programa de razón fija (1:1) con desvanecimiento como sigue:

- Primera semana: Todos los días
- Segunda semana: Un día sí, un día no.
- Tercera semana: Un día sí, dos días no.
- Cuarta semana: Se retiró reforzamiento.

Fase 10 : Al terminar el lapso temporal que se acordó para el programa, se aplicó a las madres el cuestionario de opinión ya descrito.

4.8 ANALISIS ESTADISTICOS.

4.8.1 APLICACIONES A LOS CUESTIONARIOS

* **Frecuencias y porcentajes:** Se aplicaron para analizar específicamente la frecuencia absoluta y porcentajes de cada opción, contrastándola con el número total de sujetos presentados. La frecuencia, en este caso se definió como el número total de sujetos que escogieron cada opción. La clave u opción correcta (en este caso la esperada) se analizó por medio de frecuencias y porcentajes para cada clave por cada 20% de los sujetos, los cuales se clasificaron desde los puntos más bajos hasta los más altos, de esta manera, el análisis se hizo desde el 20% de sujetos con más bajo puntaje hasta el 20% de sujetos con más alto puntaje, proporcionalmente un valor de 1 a la respuesta esperada y un 0 a la no esperada.

* **Índice de discriminación (ID) :** Se utilizó para analizar qué tan efectivo era un ítem. Cada ítem debe discriminar correctamente, es decir, los sujetos con altos puntajes deben tener, en proporción mayor, el número de respuestas correctas que los sujetos con bajos puntajes (Nadelsticher, 1983 pp 54) . Por lo general, este índice se calcula contrastando el 25% de los sujetos de más alto puntaje con el 25% de sujetos de más bajo puntaje, así como el 50% y el 33%. El ID debe ser mayor o igual a 0.40, el valor máximo a obtener es el de $ID=1.00$.

* **Modelo de Kuder-Richardson₂₀ (KR₂₀) :** Se utilizó para medir la confiabilidad (congruencia, precisión , objetividad y constancia) del instrumento, y se aplica a los ítems o variables con valores dicotómicos . Se debe obtener un valor mayor o igual a 0.75.

4.8.2 APLICACION A LOS REGISTROS DE CONDUCTA

* **Promedio:** Es un valor típico o representativo de un conjunto de datos. Como tales datos tienden a situarse en el centro de un conjunto de datos ordenados según su magnitud, los promedios también se conocen como medidas de centralización (Spiegel, 1987 pp 45).

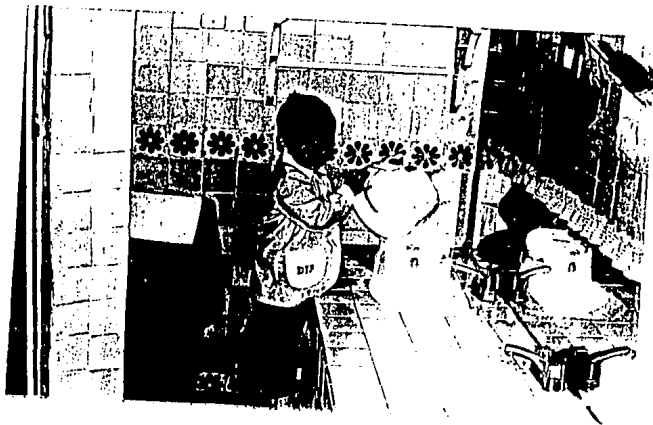
• **Media aritmética:** Es una medida de centralización que se define como el cociente de la sumatoria de un conjunto de valores entre el número total de ellos. En este caso, se aplicó:

a) Como promedio de conductas por sujeto: La sumatoria de las conductas que exhibió el sujeto entre el número de días que asistió. Se obtuvo también por semana.

b) Como comportamiento promedio del subgrupo masculino, del subgrupo femenino y del grupo global (femenino y masculino): La sumatoria del promedio de conductas entre el número de sujetos para cada una de las divisiones mencionadas.

CAPITULO V

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION



5.1 CUADROS Y GRAFICAS

SEMANA 1

LUNES

NS S/N S/D S/O S/OD ACC.

VARONES	Sujeto 1	NS	S/N	S/D	S/O	S/OD	ACC.
	Sujeto 2	5				3	
	Sujeto 3	5				3	
	Sujeto 4	4	1			4	
	Sujeto 5	3		2		2	
	Sujeto 6	4		1		1	
	Sujeto 7	1	4			3	
	Sujeto 8						
	Sujeto 9	5				3	
	Sujeto 10	5				3	
	MUJERES	2	1	2		3	
	Sujeto 11	4			1	3	
	Sujeto 12	3		2		2	
	Sujeto 13	5				3	
	Sujeto 14						
	Sujeto 15	2		2	1	0	
	Sujeto 16	5				2	
	Sujeto 17						
	Sujeto 18						

MARTES

NS S/N S/D S/O S/OD ACC.

NS	S/N	S/D	S/O	S/OD	ACC.
3	1	1			3
3		1			2
4					3
1	3				3
4					2
4					4
3	1				2
4					2
2	2				3
3		2			3
3		1			4
4					4
3					2
3		1			2
1		3			1
1	3				3
1		2	1	1	1

MIÉRCOLES

NS S/N S/D S/O S/OD ACC.

NS	S/N	S/D	S/O	S/OD	ACC.
2	1			1	3
	1	2	1		3
3		1		2	2
2		2			2
2		2			2
3					3
3		1			3
2	1	1			3
4					3
3		1		2	2
2	1	1			1
			4		2
2		2			2
1	1	2			2

JUEVES

NS S/N S/D S/O S/OD ACC.

NS	S/N	S/D	S/O	S/OD	ACC.
2			1	1	3
3		2			3
4		1			3
4		1			1
1		3	1	2	
1	3		1		3
1	2		2		3
3		2			2
3		1	1		3
2	1	1			3
2	1	2			2
3		1		1	2
4		1			3
4		1			3
	1	2	2	2	2

VIERNES

NS S/N S/D S/O S/OD ACC.

NS	S/N	S/D	S/O	S/OD	ACC.

CUADRO 1 REGISTRO

SEMANA 2

LUNES

MARTES

MIÉRCOLES

JUEVES

VIERNES

	NS	S/N	S/D	S/O	S/OD	ACC.
VARONES						
Sujeto 1		5				1
Sujeto 2		5				1
Sujeto 3						
Sujeto 4		5				2
Sujeto 5		4		1		
Sujeto 6						
Sujeto 7		3		2		2
Sujeto 8		3		1		
Sujeto 9		3		1		
Sujeto 10		4				
MUJERES						
Sujeto 11		2	1	2		1
Sujeto 12		5				1
Sujeto 13						
Sujeto 14						
Sujeto 15						
Sujeto 16		3		2		1
Sujeto 17		5				1
Sujeto 18		3	1		1	2

	NS	S/N	S/D	S/O	S/OD	ACC.
		4		1		2
		5				2
		3	2			2
		4		1		2
		3		2		3
		4		1		2
		5				3
		3		2		1
		1		3		1
		3		2		2
		3				2
		1		3		1
		3		2		2

	NS	S/N	S/D	S/O	S/OD	ACC.
		4		1		2
		4		1		3
		3		2		1
		4		1		3
		3		2		3
		1	2	2		3
		4		1		3
		3		2		2
		3		5		1
		3		1	1	1

	NS	S/N	S/D	S/O	S/OD	ACC.
		3		2		2
		2		3		3
		5				
		4		1		
		3	1			3
		3		2		3
		1	3	1		3
					3	2
		3		5		
		3		2		2

	NS	S/N	S/D	S/O	S/OD	ACC.
		3		2		3
		4				1
		3		2		3
		3		1	1	2
		3		1	1	3
		1	2	1		3
		1	2		2	3
		1	2	2	2	3
		3		2		
		1		3		1
		3		2		2

CUADRO 2 REGISTRO

SEMANA 3

LUNES

MARTES

MIÉRCOLES

JUEVES

VIERNES

		NS	S/N	S/D	S/O	S/OD	ACC.			NS	S/N	S/D	S/O	S/OD	ACC.			NS	S/N	S/D	S/O	S/OD	ACC.			NS	S/N	S/D	S/O	S/OD	ACC.			NS	S/N	S/D	S/O	S/OD	ACC.		
VARONES	Sujeto 1		3		2		3			4	1			3				3	2		3		3			3	2		3		3		3	2		3		3			
	Sujeto 2																		4	1						4	1														
	Sujeto 3		3		1	1	2			1	4								2	2	1	2				3	2		2				2	1	2				1		
	Sujeto 4	1	3		1		3			3	2			3					1	3	1	2				1	4							1	4						
	Sujeto 5		2		2	1				1	4				3					5			4				3	2		1				4	1		2				
	Sujeto 6		3	1	1		2			2	2	1	2							4	1		3																		
	Sujeto 7		3		1	1	3			4	1		3							3	2	1					3	2		2											
	Sujeto 8		3		2		3			2	2	1	3							1	1	3	3				3	1	1	2											
	Sujeto 9	1	2		2		3			4	1		3							1	1	3	2				4	1		3											
	Sujeto 10																											4	1		1										
MUJERES	Sujeto 11								1	2	1	1	2						1	1	1	1					4	1													
	Sujeto 12		4				2		4	1		3							4	1		2				5			3												
	Sujeto 13		4			1	3		4	1		3							3	2		2				2	2		2												
	Sujeto 14																																								
	Sujeto 15		3				2		2	3		1																													
	Sujeto 16								2	1	2											3	2																		
	Sujeto 17		3	1	1		2		3	1	1	3							1	3	1																				
	Sujeto 18		2		1	2	1			1	4		2																												

CUADRO 3 REGISTRO

SEMANA 4

LUNES

MARTES

MIÉRCOLES

JUEVES

VIERNES

		NS	S/N	S/D	S/O	S/OD	ACC.			NS	S/N	S/D	S/O	S/OD	ACC.			NS	S/N	S/D	S/O	S/OD	ACC.			NS	S/N	S/D	S/O	S/OD	ACC.			NS	S/N	S/D	S/O	S/OD	ACC.	
VARONES	Sujeto 1		3		2		2			3					3																									
	Sujeto 2		3		2		2																																	
	Sujeto 3		2		3		2			2		1	2	2																										
	Sujeto 4		4		1		1			4		1																												
	Sujeto 5		5				1			4		1		1																										
	Sujeto 6									2		2	1	2																										
	Sujeto 7		2		2		1	2		4		1		2																										
	Sujeto 8		3		2		2			1		5		1																										
	Sujeto 9		3		2		2																																	
	Sujeto 10		3		2		2																																	
MUJERES	Sujeto 11				4		2					2	3	2																										
	Sujeto 12																																							
	Sujeto 13	1	1		3		2			4		1		1																										
	Sujeto 14									2		3		1																										
	Sujeto 15		1		3							4	1																											
	Sujeto 16				5								1	4	1																									
	Sujeto 17		3		2		2			3		2		1																										
	Sujeto 18		2		2		1			1		1		2	2	1																								

CUADRO 4 REGISTRO

SEMANA 1

SEMANA 2

SEMANA 3

SEMANA 4

		NS	S/N	S/D	S/O	S/OD	ACC	NS	S/N	S/D	S/O	S/OD	ACC	NS	S/N	S/D	S/O	S/OD	ACC	NS	S/N	S/D	S/O	S/OD	ACC
VARONES	Sujeto 1	0	8	1	1	0	6	0	15	0	5	0	8	0	15	0	10	0	14	0	6	0	4	0	3
	Sujeto 2	0	12	1	2	2	11	0	13	0	1	1	6	0	9	0	6	0	7	0	7	0	6	2	2
	Sujeto 3	0	7	1	4	1	9	0	12	0	8	0	9	0	11	1	11	2	7	0	5	0	7	3	3
	Sujeto 4	1	14	1	2	0	12	0	5	0	0	0	2	3	14	0	8	0	11	1	15	0	9	0	6
	Sujeto 5	0	13	0	5	0	7	0	21	0	3	1	7	1	18	0	5	1	10	0	16	0	4	0	4
	Sujeto 6	0	11	0	6	1	9	0	7	0	2	1	3	0	9	1	4	1	7	0	7	0	5	3	4
	Sujeto 7	5	8	0	1	0	8	0	6	2	2	0	4	0	17	0	7	1	11	1	18	0	5	1	8
	Sujeto 8	0	0	0	0	0	0	4	13	1	5	0	11	1	9	1	11	3	13	0	5	0	17	5	8
	Sujeto 9	1	14	0	2	0	11	1	11	0	7	0	9	1	11	1	7	0	11	0	8	0	7	0	6
	Sujeto 10	0	13	0	5	0	11	3	15	0	6	0	11	0	7	0	3	0	3	1	14	0	5	0	6
MUJERES	Sujeto 11	0	10	2	5	1	13	0	2	1	5	2	3	0	2	2	9	5	5	0	1	0	17	6	15
	Sujeto 12	0	14	1	2	1	12	0	14	0	1	0	7	0	17	0	2	0	10	1	4	0	0	0	2
	Sujeto 13	0	9	0	4	1	6	0	3	0	2	0	2	0	14	0	9	1	11	2	9	0	14	0	9
	Sujeto 14	0	14	1	3	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	0	6	0	5
	Sujeto 15	0	0	0	0	0	0	0	6	0	4	0	1	0	8	0	5	2	3	0	2	0	11	1	4
	Sujeto 16	0	3	0	9	1	3	0	5	0	16	2	3	0	2	0	8	5	0	0	0	0	16	9	6
	Sujeto 17	1	14	0	3	0	10	0	17	0	7	1	6	1	9	1	3	1	5	0	13	0	11	1	6
	Sujeto 18	0	2	2	6	3	5	0	3	1	0	1	2	0	3	0	5	2	3	0	8	0	10	7	6
TOTAL VARONES		7	100	4	28	4	84	8	118	3	39	3	70	6	120	4	72	8	94	3	101	0	69	14	50
TOTAL MUJERES		1	66	6	32	7	58	0	50	2	37	6	24	1	55	3	41	16	37	3	51	0	85	24	53
TOTAL		8	166	10	60	11	142	8	168	5	76	9	94	7	175	7	113	24	131	6	152	0	154	38	103

CUADRO 5 TOTALES DE REGISTROS

SEMANA 1

SEMANA 2

SEMANA 3

SEMANA 4

		ASIST.						NS						S/N						S/D						S/O						S/O/D						ACC.					
VARONES	SUJETO 1	2	0.00	4.00	0.50	0.50	0.00	3.00	0.00	3.75	0.00	1.25	0.00	2.00	0.00	3.00	0.00	2.00	0.00	2.00	0.00	2.00	0.00	2.00	0.00	2.00	0.00	2.00	0.00	2.00	0.00	2.00	0.00	2.00	0.00	2.00	0.00	2.00	0.00	1.50			
	SUJETO 2	4	0.00	3.00	0.25	0.50	0.50	2.75	0.00	4.33	0.00	0.33	0.33	2.00	0.00	3.00	0.00	2.00	0.00	2.33	0.00	2.33	0.00	2.33	0.00	2.33	0.00	2.33	0.00	2.33	0.00	2.33	0.00	2.33	0.00	2.33	0.00	1.87					
	SUJETO 3	3	0.00	2.33	0.33	1.33	0.33	3.00	0.00	3.00	0.00	2.00	0.00	2.25	0.00	2.20	0.20	2.25	0.40	1.40	0.00	1.87	0.00	2.33	1.00	1.00	0.00	2.33	0.00	2.33	0.00	2.33	0.00	2.33	0.00	1.00							
	SUJETO 4	4	0.25	3.50	0.25	0.50	0.00	3.00	0.00	5.00	0.00	0.00	0.00	2.00	2.00	0.80	2.80	0.00	1.80	0.00	2.00	0.20	3.00	0.00	1.80	0.00	1.20	0.20	3.00	0.00	1.80	0.00	1.20	0.00	1.20								
	SUJETO 5	4	0.00	3.25	0.00	1.25	0.00	1.75	0.00	4.20	0.00	0.80	0.20	1.40	0.20	3.60	0.00	1.00	0.20	2.00	0.00	4.00	0.00	1.00	0.00	1.00	0.00	4.00	0.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00									
	SUJETO 6	4	0.00	2.75	0.00	1.50	0.25	2.25	0.00	3.50	0.00	1.00	0.50	1.50	0.00	3.00	0.33	1.33	0.33	2.33	0.00	2.33	0.00	1.87	1.00	1.33	0.00	2.33	0.00	1.87	1.00	1.33	0.00	1.33									
	SUJETO 7	3	1.67	2.87	0.00	0.33	0.00	2.87	0.00	3.00	1.00	1.00	0.00	2.00	0.00	3.40	0.50	1.40	0.20	2.20	0.20	3.80	0.00	1.00	0.20	1.60	0.00	3.80	0.00	1.00	0.20	1.60											
	SUJETO 8	0	---	---	---	---	---	---	0.80	2.60	0.20	1.00	0.00	2.20	0.20	1.80	0.20	2.20	0.80	2.80	0.00	1.00	0.00	3.40	1.00	1.00	0.00	3.40	1.00	1.00	0.00	1.00											
	SUJETO 9	4	0.25	3.50	0.00	0.50	0.00	2.75	0.25	2.75	0.00	1.75	0.00	2.25	0.25	2.75	0.25	1.75	0.00	2.87	0.00	2.33	0.00	2.33	0.00	2.33	0.00	2.33	0.00	2.33	0.00	2.33	0.00	2.33									
	SUJETO 10	4	0.00	3.25	0.00	1.25	0.00	2.75	0.80	3.30	0.00	1.20	0.00	2.20	0.20	3.50	0.00	1.50	0.00	1.50	0.25	3.50	0.00	1.25	0.00	1.25	0.00	3.50	0.00	1.25	0.00	1.25											
MUJERES	SUJETO 11	4	0.00	2.50	0.50	1.25	0.25	3.25	0.00	1.00	0.50	2.50	1.00	1.50	0.50	0.50	0.50	2.25	1.25	1.25	0.00	0.20	0.00	3.40	1.20	3.00	0.00	3.40	1.20	3.00	0.00	3.40											
	SUJETO 12	4	0.00	3.50	0.25	0.50	0.25	3.50	0.00	4.67	0.00	0.33	0.00	2.33	0.30	4.25	0.00	0.50	0.00	2.50	1.40	4.00	0.00	0.00	0.00	2.40	0.00	4.00	0.00	2.40	0.00	2.40											
	SUJETO 13	3	0.00	3.00	0.00	1.33	0.33	2.00	0.00	3.00	0.00	2.00	0.00	2.00	0.00	2.80	0.00	1.80	0.20	2.20	0.40	1.80	0.00	2.80	0.00	1.80	0.00	2.80	0.00	1.80	0.00	1.80											
	SUJETO 14	4	0.00	3.50	0.25	0.75	0.00	2.25	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	0.00	3.50	0.00	1.50	0.00	1.75	0.00	3.50	0.00	1.50	0.00	1.75										
	SUJETO 15	0	---	---	---	---	---	---	0.00	3.30	0.00	2.00	0.00	0.50	0.00	2.87	0.00	1.87	0.87	1.00	0.00	0.87	0.00	3.67	0.33	1.17	0.00	3.67	0.33	1.17													
	SUJETO 16	3	0.00	1.00	0.00	3.00	0.33	1.00	0.00	1.00	0.00	2.80	0.40	0.80	0.00	0.67	0.00	2.67	1.87	0.00	0.20	0.00	3.20	0.40	1.20	0.00	3.20	0.40	1.20														
	SUJETO 17	4	0.25	3.50	0.00	0.75	0.00	2.50	0.00	3.40	0.00	1.40	0.20	1.20	0.20	3.00	0.33	1.00	0.33	1.87	0.00	2.80	0.00	2.20	0.20	2.20	0.00	2.80	0.00	2.20	0.00	2.20											
	SUJETO 18	3	0.00	0.87	0.87	2.00	1.00	1.87	0.00	3.00	1.00	0.00	1.00	2.00	0.30	1.50	0.00	2.50	1.00	1.50	0.00	1.80	0.00	2.00	1.40	1.20	0.00	1.80	0.00	2.00	1.40	1.20											

PROMEDIO VARONES	3.20	0.22	2.83	0.13	0.77	0.11	2.38	0.17	3.51	0.12	1.01	0.10	1.98	0.13	2.91	0.10	1.70	0.17	2.21	0.07	2.71	0.00	1.88	0.39	1.34	0.00	1.88	0.39	1.34
PROMEDIO MUJERES	3.13	0.03	2.21	0.21	1.20	0.27	1.95	0.00	2.38	0.19	1.48	0.33	1.27	0.04	1.82	0.10	1.55	0.84	1.26	0.18	1.80	0.00	2.35	0.62	1.82	0.00	2.35	0.62	1.82
PROMEDIO GENERAL	3.17	0.13	2.50	0.17	0.98	0.18	2.20	0.08	3.01	0.15	1.22	0.20	1.60	0.08	2.47	0.10	1.63	0.38	1.78	0.11	2.30	0.00	2.08	0.48	1.47	0.00	2.08	0.48	1.47

CUADRO # PROMEDIOS

		AFIRMACIONES																NUMERO DE "CORRECTAS"								
S U J E T O S		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20					
	01	B	A	A	A	B	B	A	A	B	B	B	B	A	A	A	B	B	B	A	A	A	A	A	A	47
	02	B	B	A	A	A	B	B	B	A	A	A	A	B	B	A	A	A	B	B	A	A	A	A	A	45
	03	B	B	A	A	A	B	B	B	A	A	A	B	B	B	A	A	A	B	B	A	A	A	A	A	44
	04	B	B	A	A	A	B	B	B	A	A	A	B	B	B	A	A	A	B	B	A	A	A	B	A	44
	05	B	A	A	A	A	B	B	B	A	A	A	A	B	B	B	A	A	A	B	B	A	A	A	A	43
	06	B	B	A	A	A	B	B	B	A	A	A	B	B	B	A	A	A	B	B	B	A	A	A	B	42
	07	B	B	A	A	A	B	B	B	A	A	A	B	B	A	A	A	B	B	B	A	A	A	A	A	42
	08	B	B	A	A	A	B	B	B	A	A	A	B	B	A	A	A	B	B	A	A	A	B	A	A	41
	09	B	A	A	A	B	B	A	A	A	A	A	B	B	B	A	A	A	B	B	A	A	A	B	A	41
	10	B	B	A	A	A	B	B	B	A	A	A	B	B	B	A	A	A	B	B	A	A	A	B	A	40
	11	B	B	A	A	A	B	B	B	B	A	A	A	B	B	B	A	A	A	B	B	B	A	A	A	40
	12	B	A	A	A	B	B	A	A	A	A	A	B	B	B	A	A	A	B	B	A	A	A	B	A	39
	13	B	A	A	A	B	B	A	A	A	A	A	B	B	B	A	A	A	B	B	A	A	A	B	A	39
	14	B	B	A	A	A	B	B	B	A	A	A	B	B	B	A	A	A	B	B	A	A	A	B	A	39
	15	B	A	A	A	B	B	B	B	B	A	A	A	A	B	B	A	A	B	B	B	A	A	A	B	38
	16	B	A	A	A	A	B	B	B	B	A	A	A	B	B	B	A	A	A	B	B	A	A	A	B	38
	17	B	A	A	A	B	B	A	A	A	A	A	A	B	B	A	A	A	A	B	B	A	A	A	A	38
	18	A	A	A	A	B	B	A	A	A	A	A	A	B	B	A	A	A	B	B	A	A	A	B	A	37
	19	B	B	A	A	A	B	B	B	B	A	A	A	A	B	A	A	B	B	B	B	A	A	B	A	36
	20	B	A	A	A	B	B	A	A	A	B	B	A	A	A	B	B	A	A	A	B	B	B	A	A	35
	C L A V E S	B	B	A	A	A	B	B	A	A	A	A	B	B	B	A	A	A	B	B	A	A	A	B	A	810

1-301-8-
 1-337-1
 4252

CUESTIONARIO PILOTO

VALIDEZ DEL CUESTIONARIO
(METODO DE YUGER-RICHARDSON 20)

I	p	q	p.q	I	p	q	p.q
01	0.95	0.05	0.0475	25	0.55	0.45	0.2475
02	0.50	0.50	0.2500	26	0.75	0.25	0.1875
03	1.00	0.00	0.0000	27	1.00	0.00	0.0000
04	1.00	0.00	0.0000	28	0.85	0.15	0.1275
05	0.95	0.05	0.0475	29	0.80	0.20	0.1600
06	1.00	0.00	0.0000	30	1.00	0.00	0.0000
07	1.00	0.00	0.0000	31	0.55	0.45	0.2475
08	0.50	0.50	0.2500	32	0.95	0.05	0.0475
09	0.65	0.35	0.2275	33	0.65	0.35	0.2275
10	0.90	0.10	0.0900	34	0.80	0.20	0.1600
11	0.90	0.10	0.0900	35	0.80	0.20	0.1600
12	1.00	0.00	0.0000	36	0.85	0.15	0.1275
13	1.00	0.00	0.0000	37	1.00	0.00	0.0000
14	0.75	0.25	0.1875	38	1.00	0.00	0.0000
15	0.95	0.05	0.0475	39	0.95	0.05	0.0475
16	0.25	0.75	0.1875	40	0.95	0.05	0.0475
17	0.95	0.05	0.0475	41	0.85	0.15	0.1275
18	0.50	0.50	0.2500	42	0.95	0.05	0.0475
19	1.00	0.00	0.0000	43	0.90	0.10	0.0900
20	0.80	0.20	0.1600	44	1.00	0.00	0.0000
21	0.65	0.35	0.2275	45	1.00	0.00	0.0000
22	0.95	0.05	0.0475	46	0.50	0.50	0.2500
23	0.80	0.20	0.1600	47	0.85	0.15	0.1275
24	0.95	0.05	0.0475	48	0.85	0.15	0.1275
				E : 2.3795			

$$KR_{20} = \frac{K}{K-1} (1 - Ep.q/S^2t) \quad \text{DONDE: } K = 48$$

$$Ep.q = 2.3795$$

$$S^2t = 9.8315$$

$$\text{SUSTITUYENDO VALORES: } KR_{20} = \frac{48}{48-1} (1 - 2.3795/9.8315) = 1.012 (0.758) = 0.7670$$

SE CONFIRMA CONFIABILIDAD

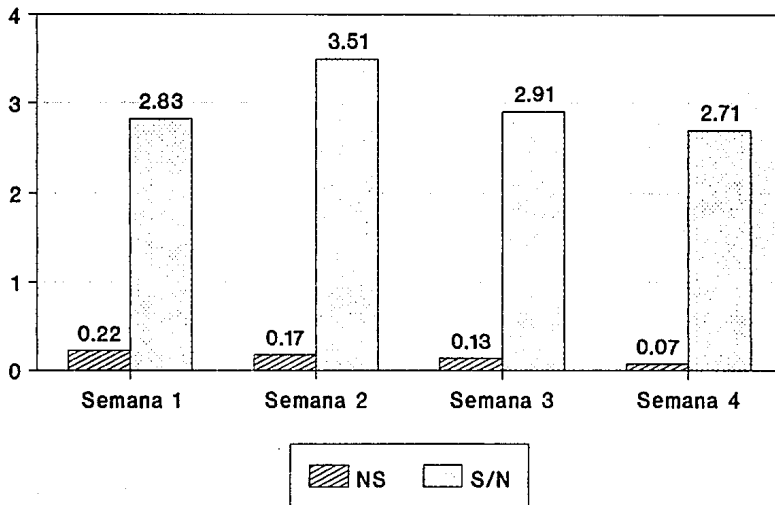
CUESTIONARIO

No. de Pregunta

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Total	Resultado
Varones	Sujeto 1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	10	Favorable
	Sujeto 2	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	12	Favorable
	Sujeto 3	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	11	Favorable
	Sujeto 4	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	Favorable
	Sujeto 5	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	11	Favorable
	Sujeto 6	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	10	Favorable
	Sujeto 7	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	11	Favorable
	Sujeto 8	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	11	Favorable
	Sujeto 9	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	12	Favorable
	Sujeto 10	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	Favorable
Mujeres	Sujeto 11	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	10	Favorable
	Sujeto 12	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	13	Favorable
	Sujeto 13	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	Favorable
	Sujeto 14	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	12	Favorable
	Sujeto 15	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	12	Favorable
	Sujeto 16	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	Favorable
	Sujeto 17	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	10	Favorable
	Sujeto 18	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	12	Favorable

CUADRO 9

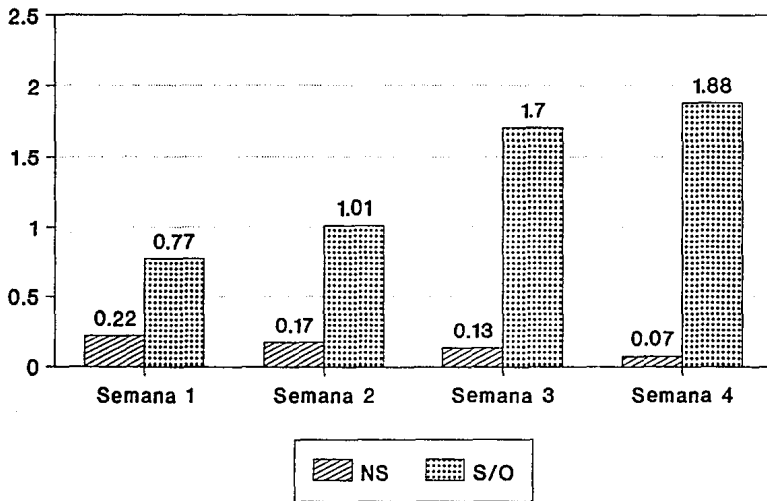
COMPARACION NS - S/N VARONES



GRAFICA 1

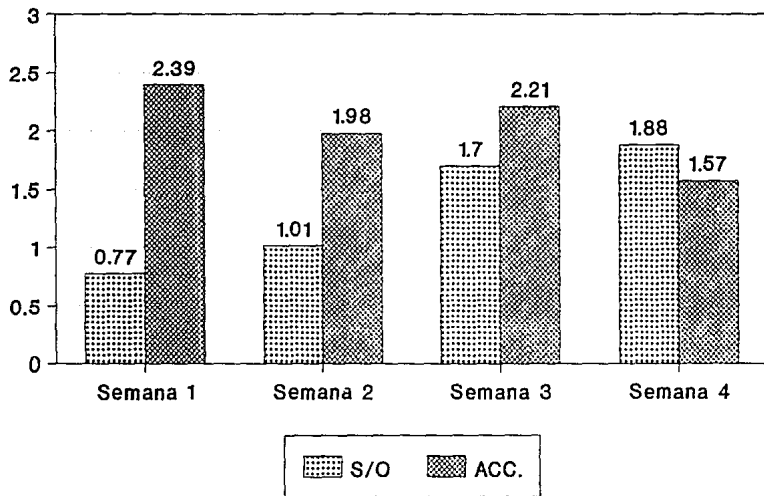
COMPARACION N/S - S/O VARONES

- 99 -



GRAFICA 2

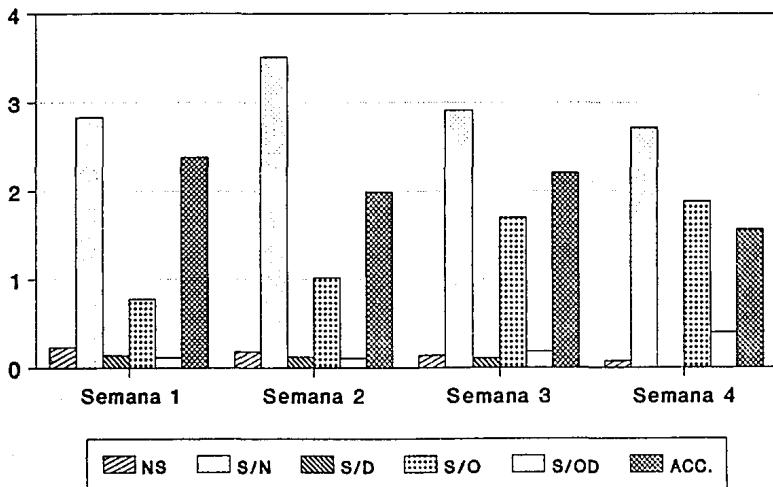
COMPARACION S/O - ACC. VARONES



- 67 -

GRAFICA 3

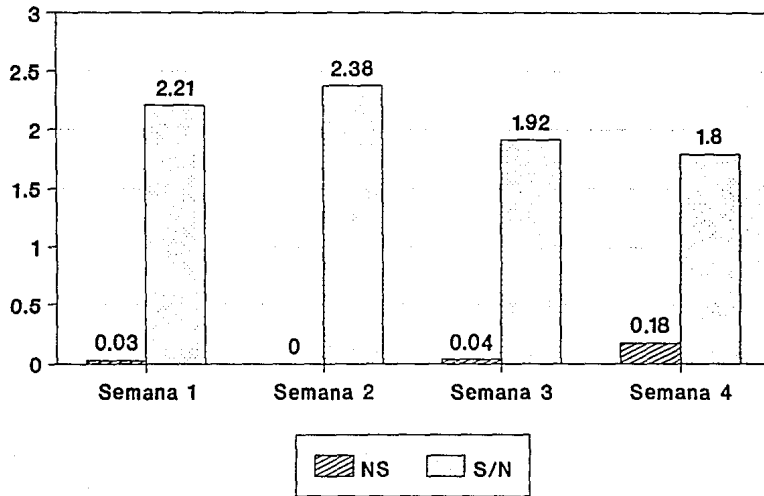
COMPARACION VARONES



GRAFICA 4

COMPARACION NS - S/N MUJERES

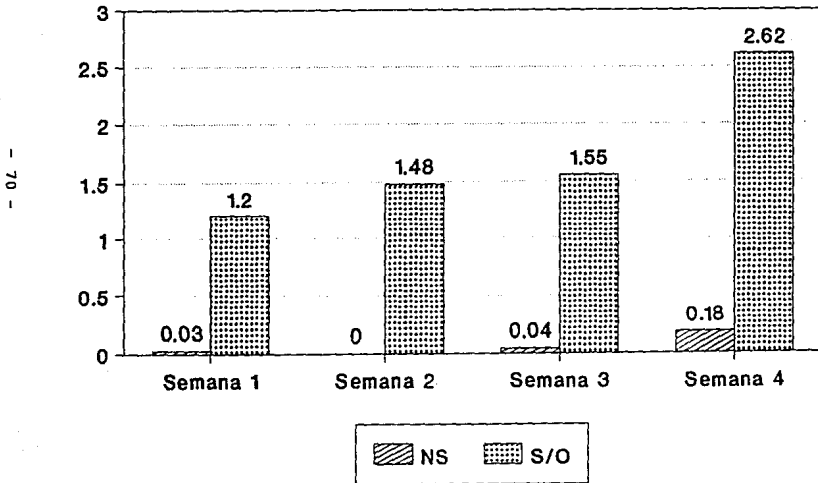
- 69 -



GRAFICA 5

COMPARACION NS - S/O

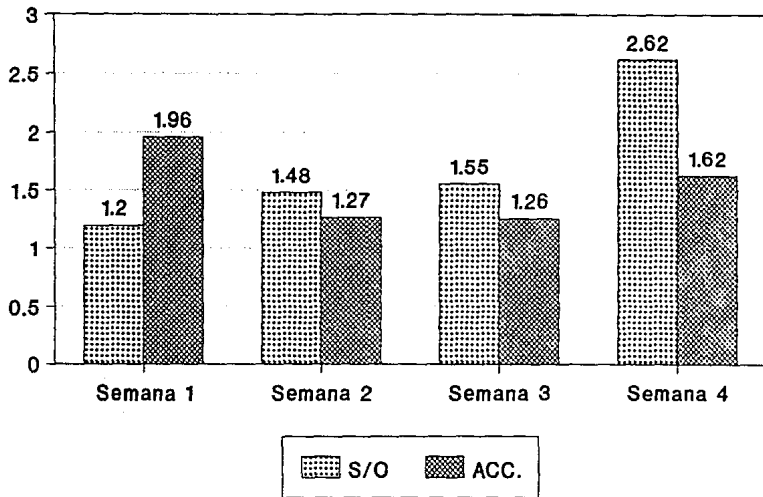
MUJERES



GRAFICA 6

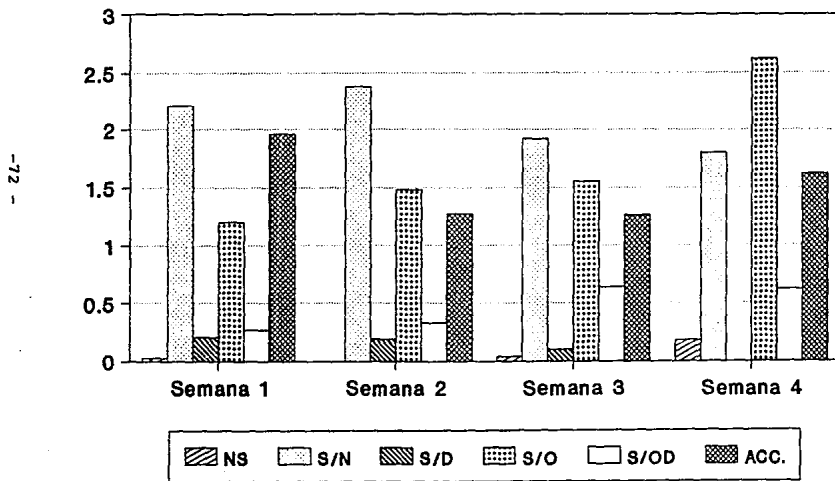
COMPARACION S/O - ACC. MUJERES

- 71 -



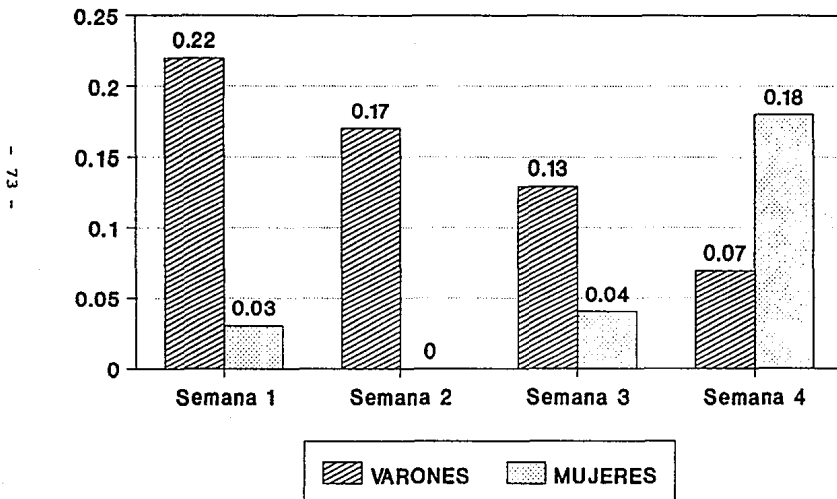
GRAFICA 7

COMPARACION NS - S/N MUJERES



GRAFICA 8

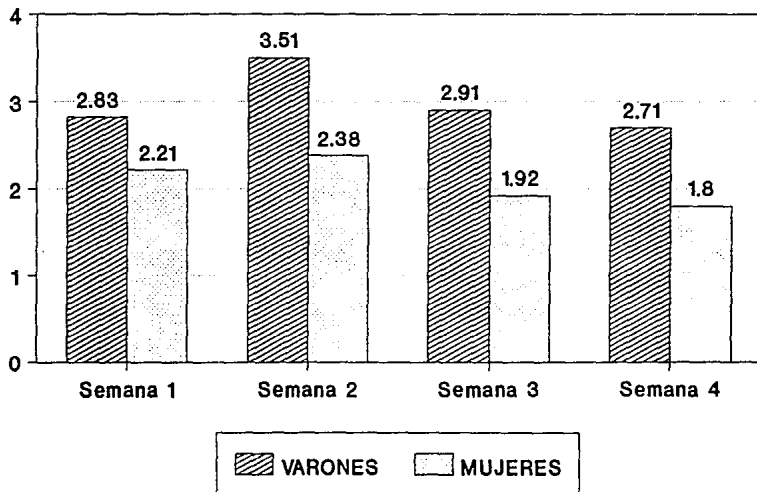
COMPARACION NS VARONES - MUJERES



GRAFICA 9

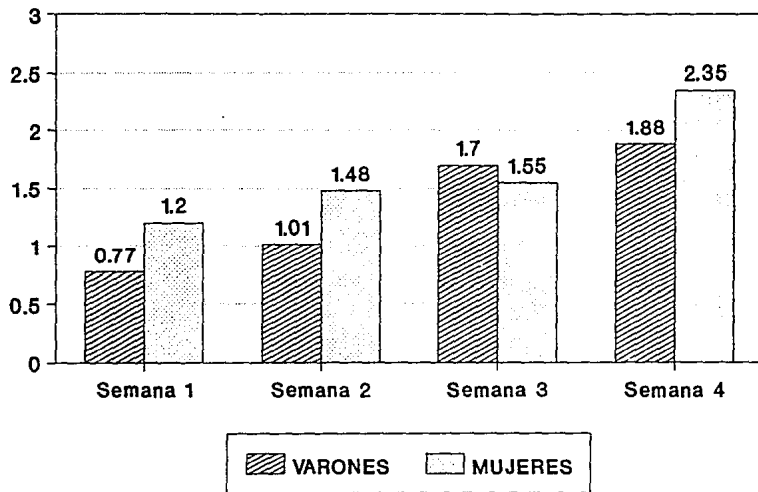
COMPARACION S/N VARONES - MUJERES

- 74 -



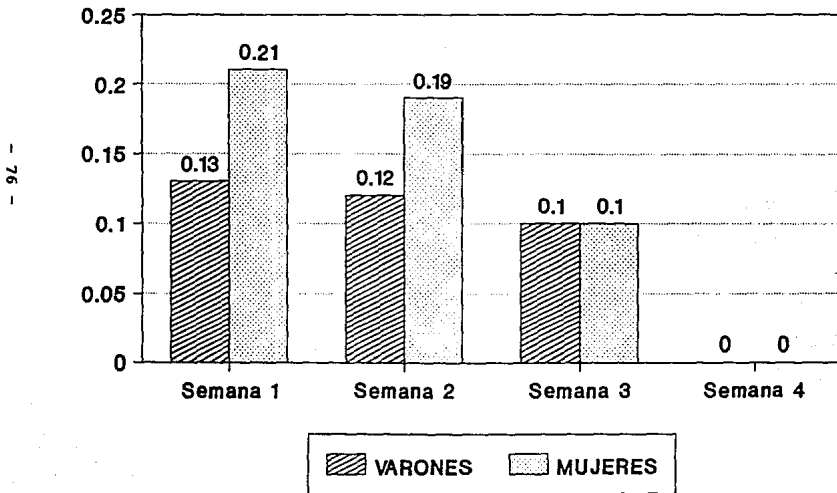
GRAFICA 10

COMPARACION S/O VARONES - MUJERES



GRAFICA 11

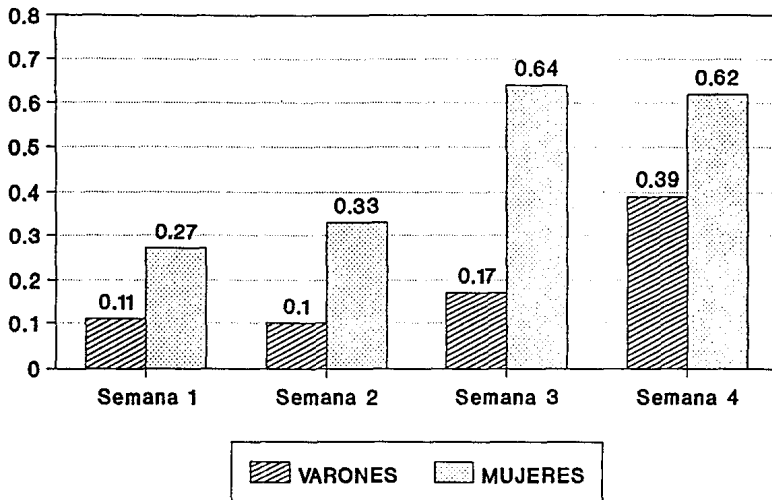
COMPARACION S/D VARONES - MUJERES



GRAFICA 12

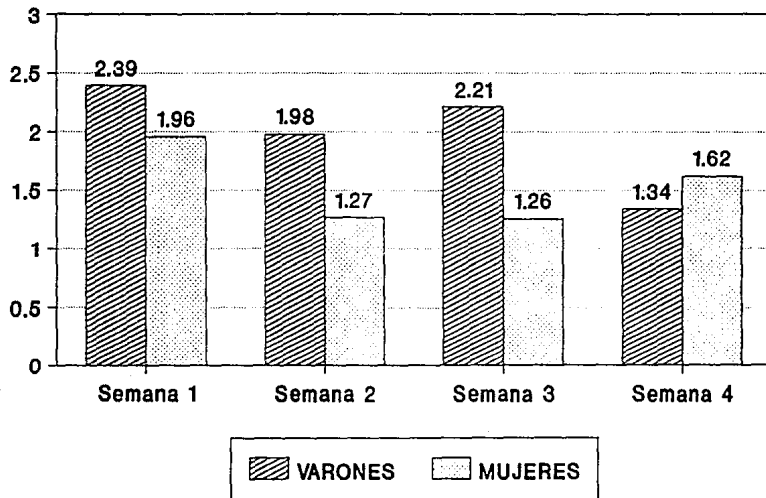
COMPARACION S/OD

VARONES - MUJERES



GRAFICA 13

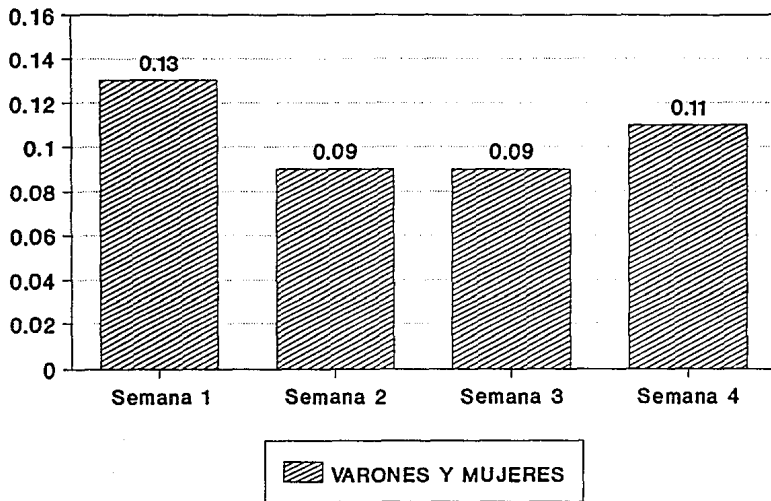
COMPARACION ACC. VARONES - MUJERES



- 78 -

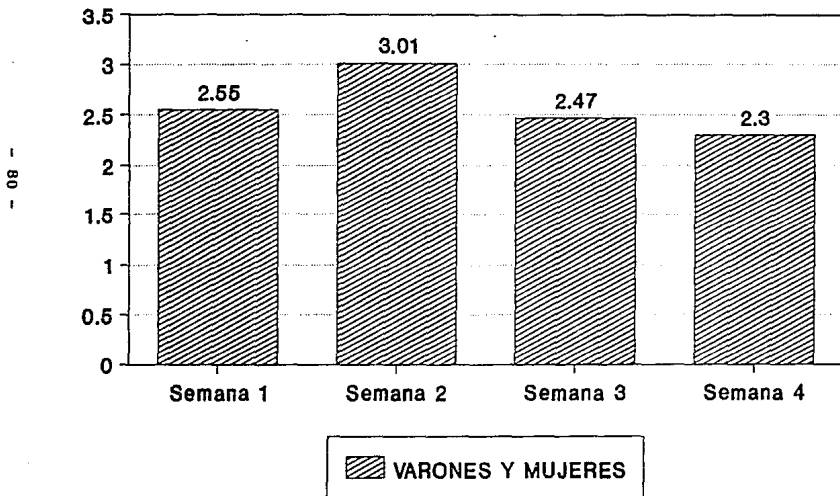
GRAFICA 14

COMPARACION NS GLOBAL



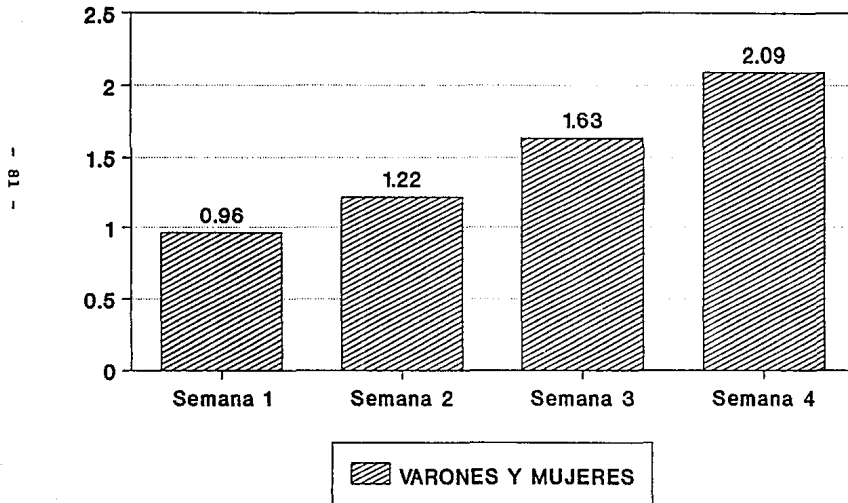
GRAFICA 15

COMPARACION S/N GLOBAL



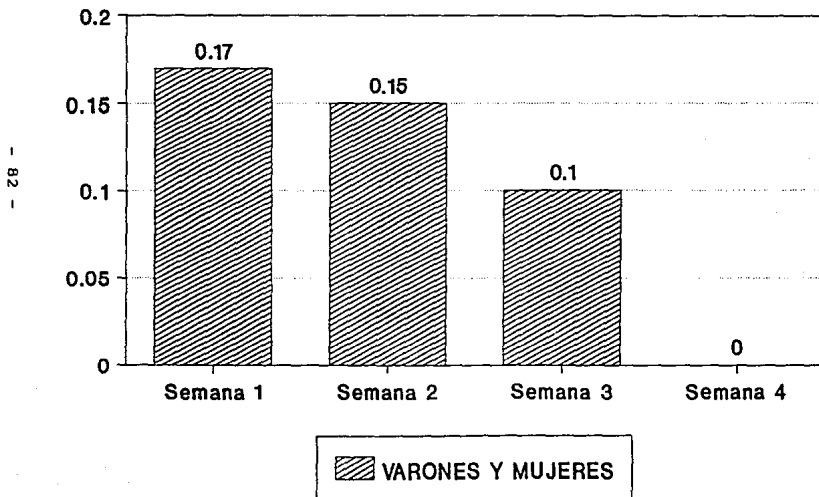
GRAFICA 16

COMPARACION S/O GLOBAL



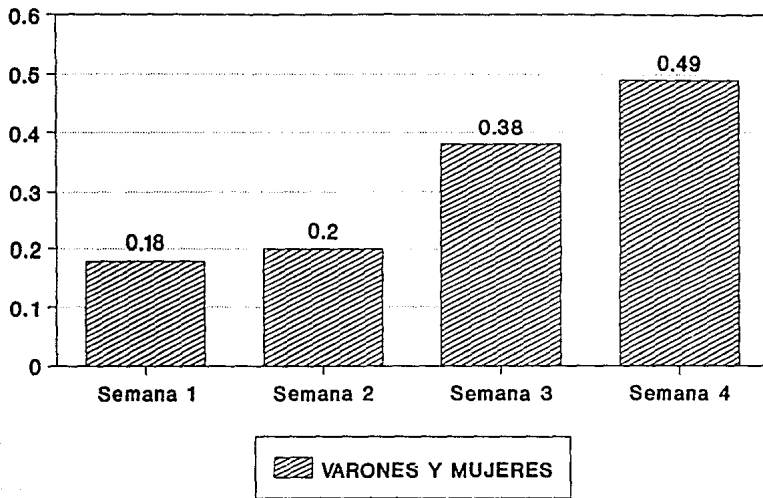
GRAFICA 17

COMPARACION S/D GLOBAL

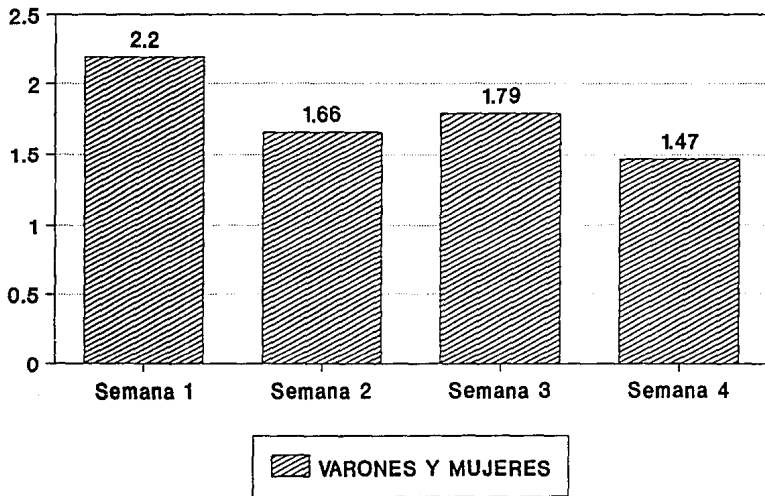


GRAFICA 18

COMPARACION S/OD GLOBAL

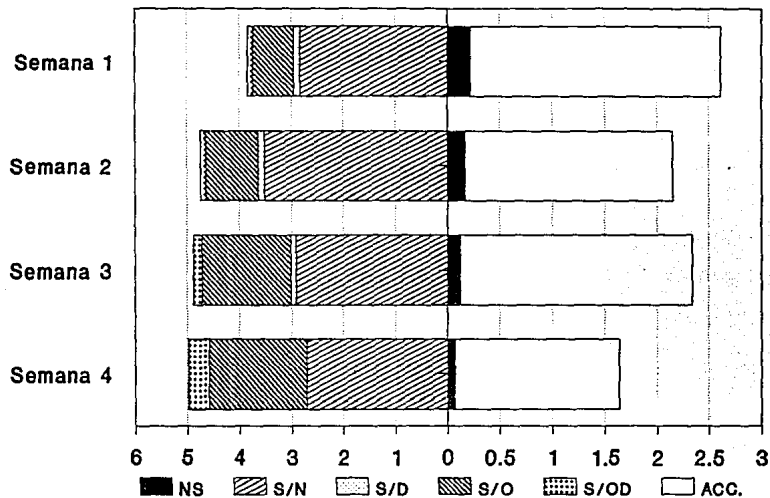


COMPARACION ACC. GLOBAL



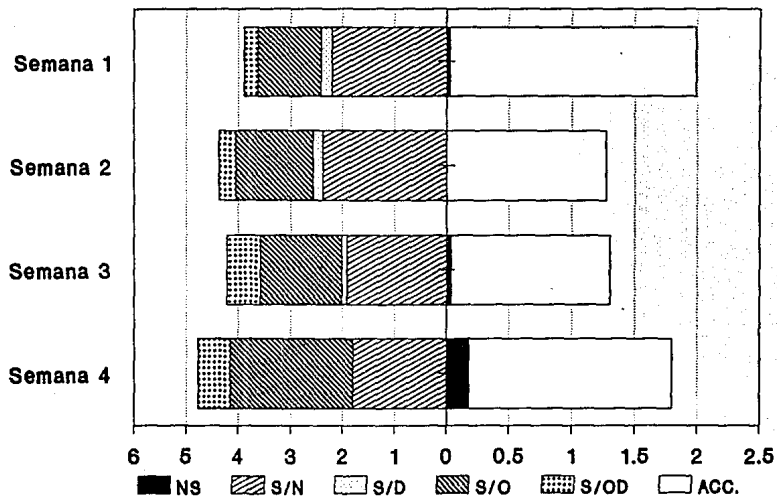
GRAFICA 20

TENDENCIAS VARONES



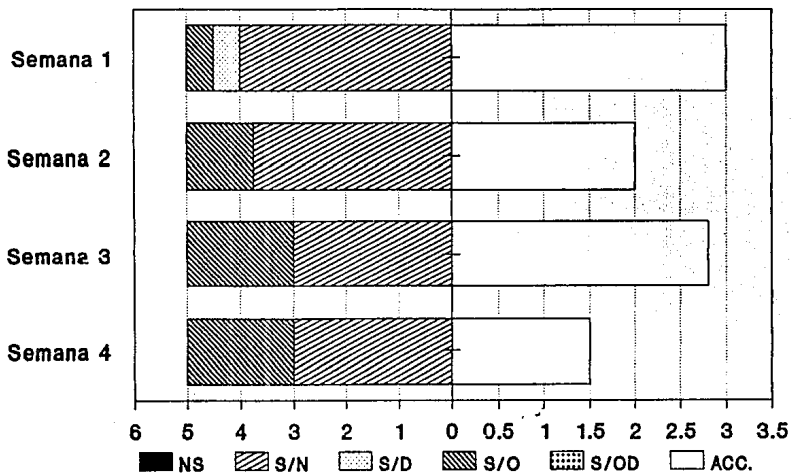
GRAFICA 21

TENDENCIAS MUJERES



TENDENCIA SUJETO 1

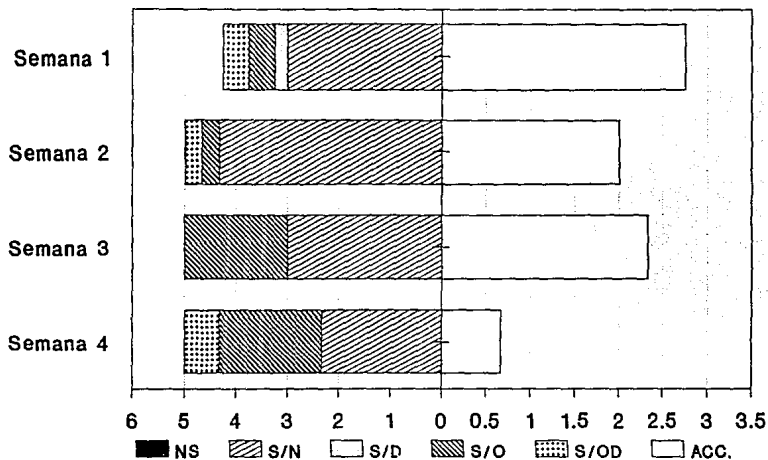
CUESTIONARIO: FAVORABLE



GRAFICA 23

TENDENCIA SUJETO 2

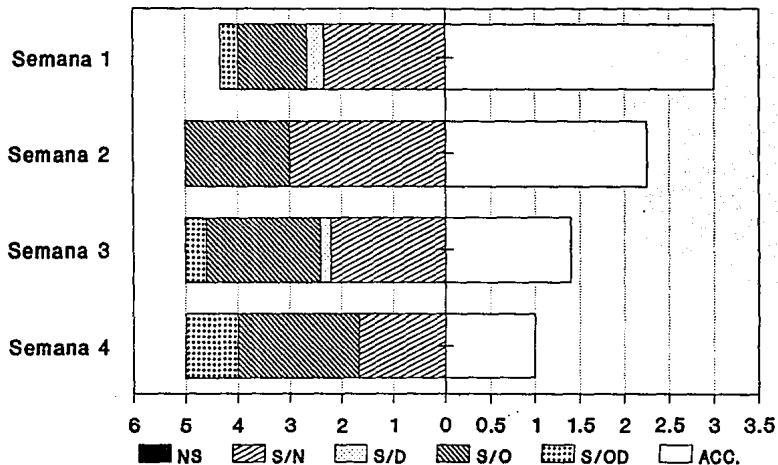
CUESTIONARIO: FAVORABLE



GRAFICA 24

TENDENCIA SUJETO 3

CUESTIONARIO: FAVORABLE



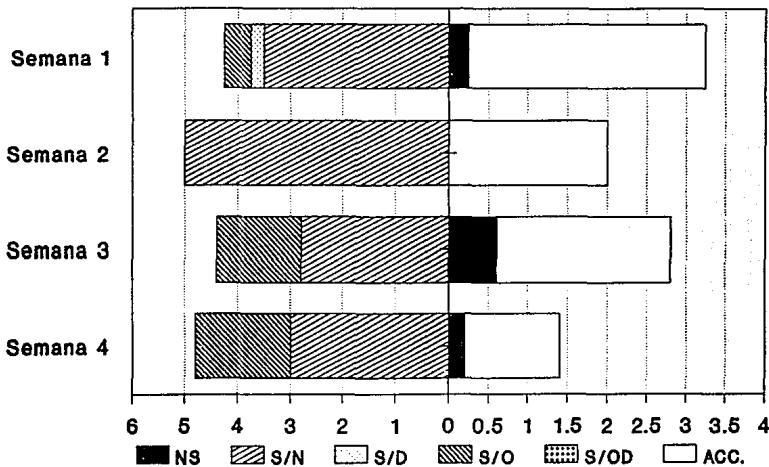
- 68 -

GRAFICA 25

TENDENCIA SUJETO 4

CUESTIONARIO: FAVORABLE

- 90 -

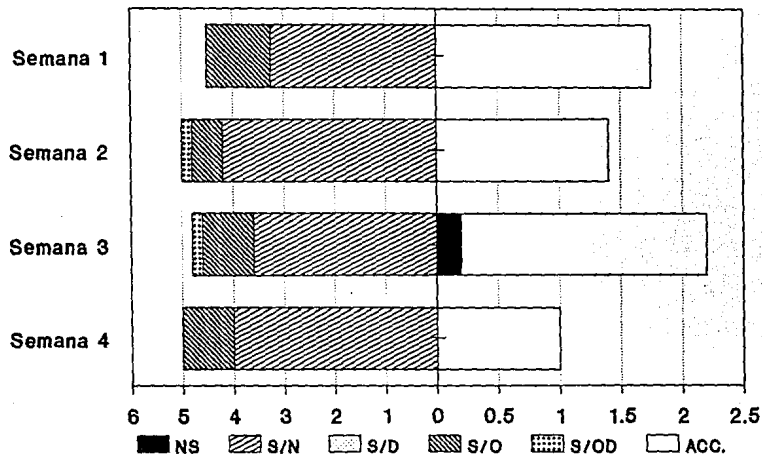


GRAFICA 26

TENDENCIA SUJETO 5

CUESTIONARIO: FAVORABLE

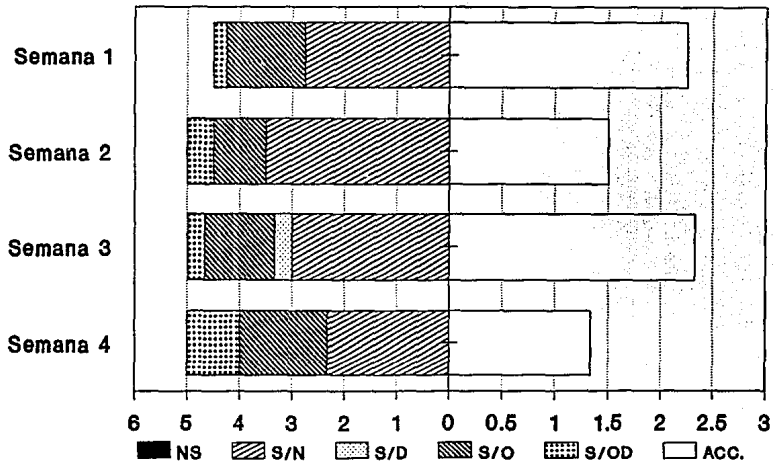
- 16 -



GRAFICA 27

TENDENCIA SUJETO 6

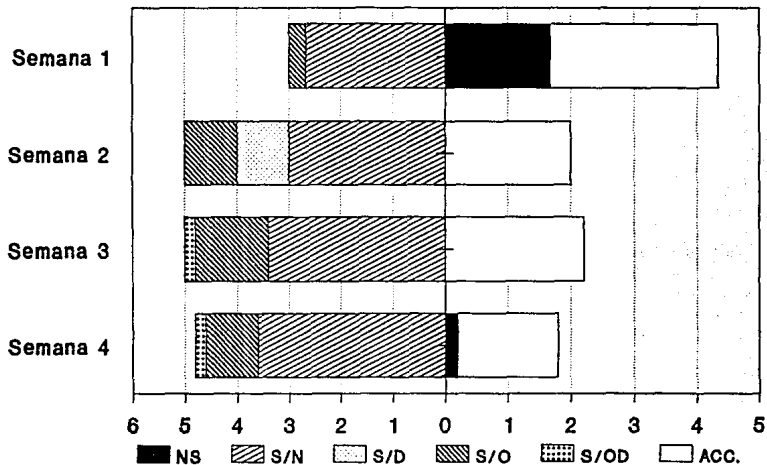
CUESTIONARIO: FAVORABLE



GRAFICA 28

TENDENCIA SUJETO 7

CUESTIONARIO: FAVORABLE

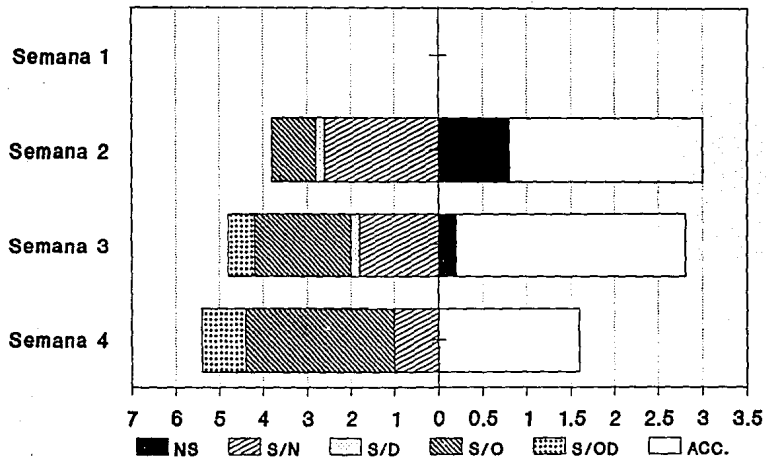


GRAFICA 29

TENDENCIA SUJETO 8

CUESTIONARIO: FAVORABLE

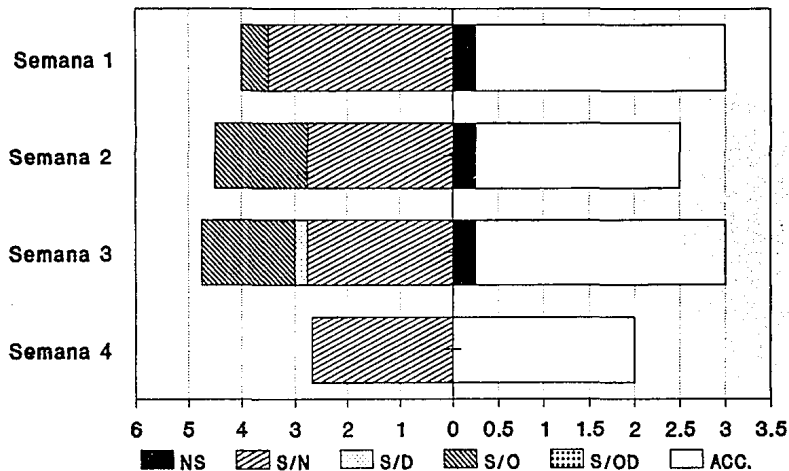
- 94 -



GRAFICA 30

TENDENCIA SUJETO 9

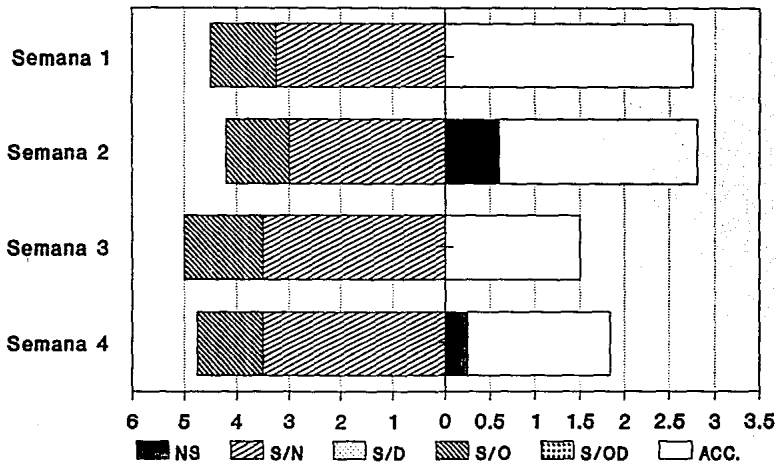
CUESTIONARIO: FAVORABLE



GRAFICA 31

TENDENCIA SUJETO 10

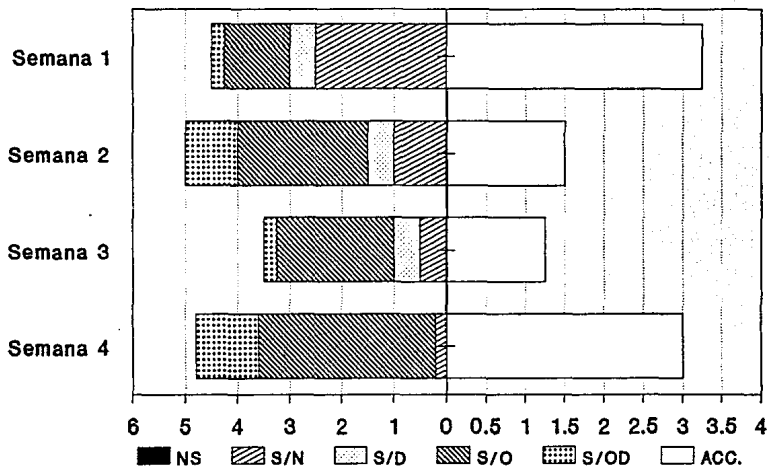
CUESTIONARIO: FAVORABLE



GRAFICA 32

TENDENCIA SUJETO 11

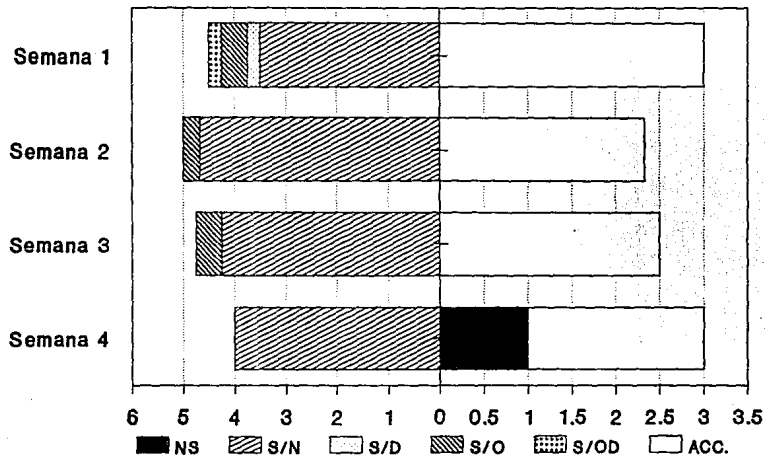
CUESTIONARIO: FAVORABLE



GRAFICA 33

TENDENCIA SUJETO 12

CUESTIONARIO: FAVORABLE

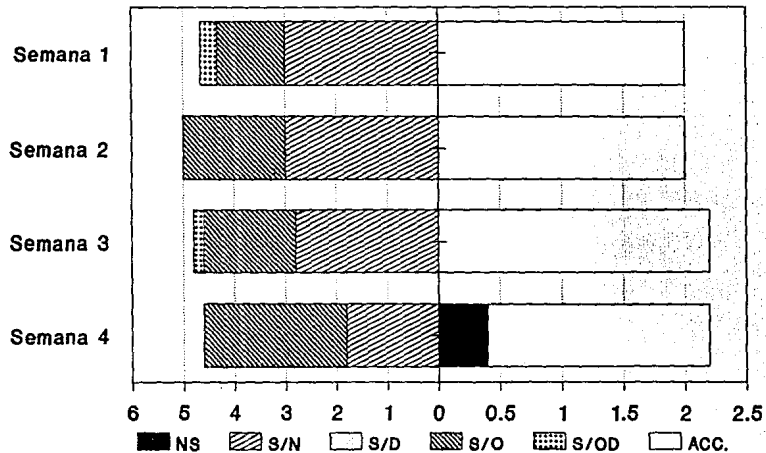


GRAFICA 34

TENDENCIA SUJETO 13

CUESTIONARIO: FAVORABLE

- 99 -

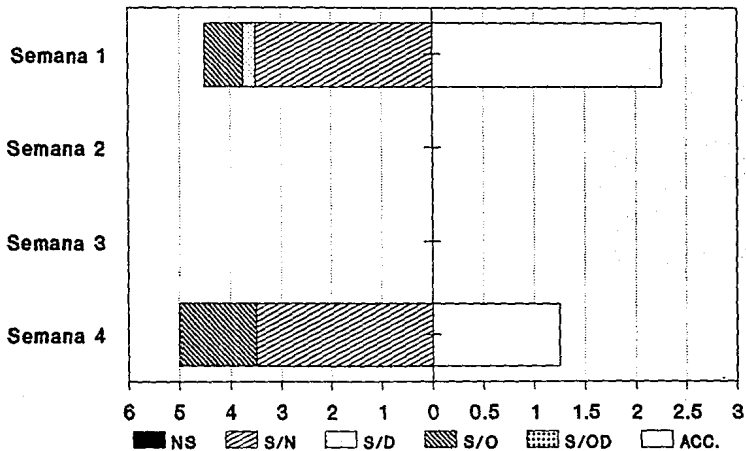


GRAFICA 35

TENDENCIA SUJETO 14

CUESTIONARIO: FAVORABLE

- 100 -

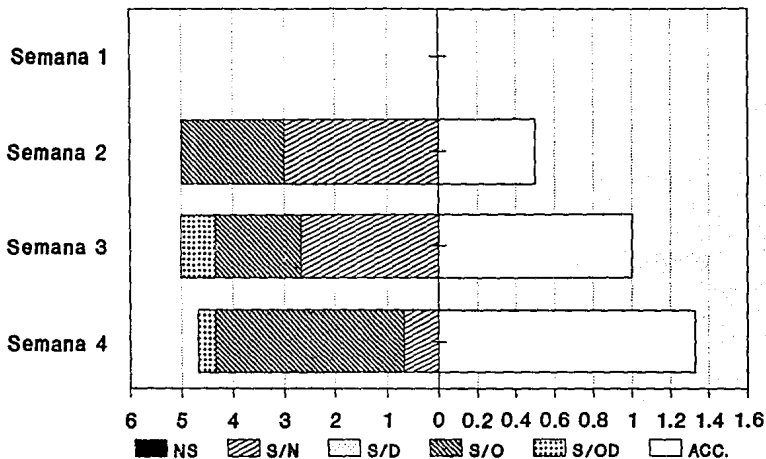


GRAFICA 36

TENDENCIA SUJETO 15

CUESTIONARIO: FAVORABLE

- 101 -

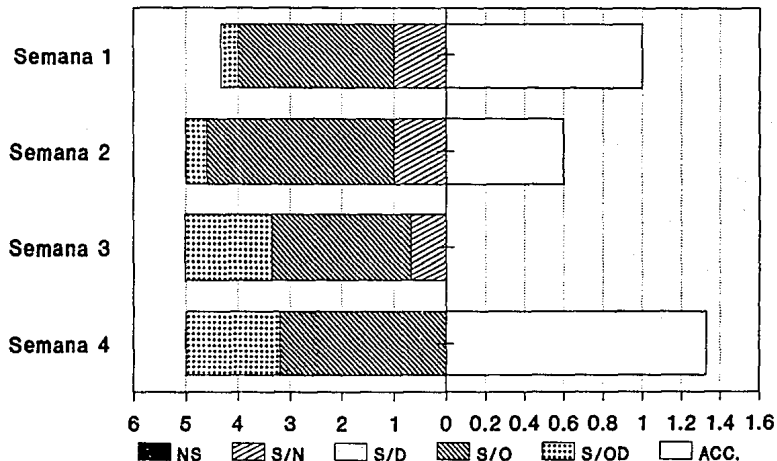


GRAFICA 37

TENDENCIA SUJETO 16

CUESTIONARIO: FAVORABLE

- 102 -

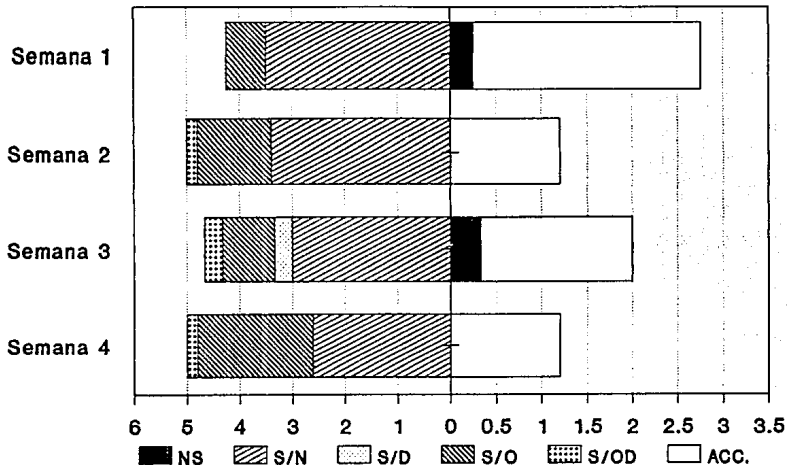


GRAFICA 38

TENDENCIA SUJETO 17

CUESTIONARIO: FAVORABLE

- 103 -

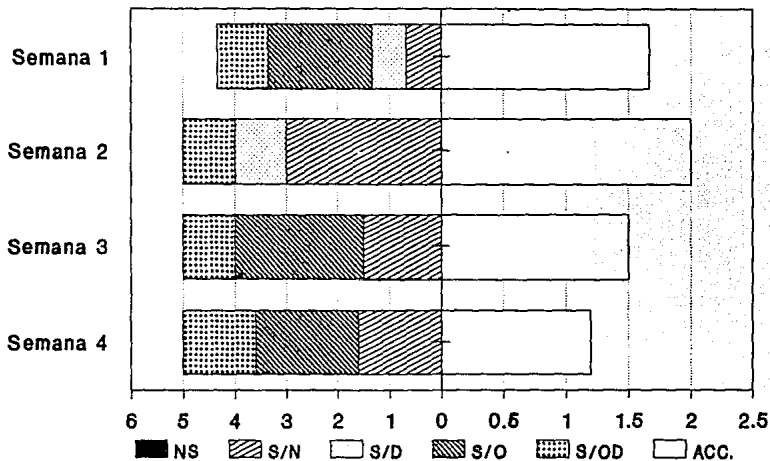


GRAFICA 39

TENDENCIA SUJETO 18

CUESTIONARIO: FAVORABLE

- 104 -



GRAFICA 40

FALTA

PAGINA

105

5.2 ANALISIS DE RESULTADOS

5.2

ANALISIS DE RESULTADOS

En lo que respecta a las conductas de los VARONES, tenemos que:

- Las negativas a sentarse en el orinal (NS) disminuyeron, con un promedio de 0.22 la primera semana hasta 0.07 la última semana; comparadas con el acceder sentarse en el orinal sin excretar(S/N), conducta que aumentó en promedio de la primera a la segunda semana: 2.83 a 3.51, disminuyendo la cuarta semana hasta 2.71. (Gráfica 1).

- La conducta de sentarse en el orinal a miccionar (S/O), aumentó en promedio de 0.77 la primera semana a 1.88 la cuarta semana, comparada con la negativa a sentarse en el orinal (NS) que como ya mencionamos, disminuyó de 0.22 a 0.07 desde el inicio hasta el fin del programa (Gráfica 2)

-Las incontinencias (ACC) disminuyeron de la primera a la segunda semana de 2.39 en promedio hasta 1.98; aumentando la tercera semana hasta 2.21 y disminuyendo la cuarta semana a 1.57 contra las conductas de sentarse en el orinal (S/O), las cuales aumentaron progresivamente, como ya mencionamos, de 0.77 a 1.88 . (Gráfica 3)

En lo que respecta a las conductas exhibidas por las MUJERES , tenemos que:

- La conducta de negativa a sentarse en el orinal (NS) disminuyó entre la primera y la segunda semana de 0.03 a 0 en la segunda semana, aumentando en la tercera a 0.04 y en la cuarta a 0.18; mientras que el sentarse en el orinal sin excretar (S/N) aumentó de 2.21 a 2.38 de la primera a la segunda semana, disminuyendo hasta 1.92 la tercera semana y 1.8 la cuarta. (Gráfica 5)

- Las conductas de sentarse en el orinal y miccionar (S/O), aumentaron progresivamente de 1.2 en promedio la primera semana hasta 2.62 la cuarta semana comparada con la negativa a sentarse en el orinal, que, como vimos disminuyó las primeras dos semanas de 0.03 a 0 y aumentó las dos últimas de 0.04 a 0.18. (Gráfica 6)

- Las incontinencias (ACC) disminuyeron las primeras tres semanas de 1.96 a 1.26, aumentando la última a 1.62, contra el acceder a sentarse y miccionar en el orinal, que aumentó, en forma progresiva, como ya mencionamos, de 1.2 a 2.62 entre la primera y la última semana. (Gráfica 7)

Estableciendo comparaciones entre VARONES Y MUJERES , tenemos que:

- La negativa a sentarse (NS) en varones fué mayor que en mujeres la primera semana, en una comparación de 0.22 a 0.03; en la segunda semana, de 0.17 a 0 ; en la tercera de 0.13 a 0.04 y en la cuarta se invirtieron los valores, presentando los varones un promedio de 0.07 y las mujeres 0.18, aún cuando el valor más alto de las mujeres en esta última semana fué menor que el valor más alto de los varones en la primera. (Gráfica 9)

- El acceder a sentarse en el orinal sin excretar (S/N) en varones fué mayor la primera semana, con un valor de 2.83 contra 2.21 en mujeres; en la segunda semana de 34.51 los primeros contra 2.38 las segundas ; en la tercera semana, de 2.91 a 1.92 y la cuarta, de 2.71 a 1.8., mostrando los varones una tendencia mayor a presentar esta conducta. (Gráfica 10)

- La conducta de sentarse en el orinal y miccionar (S/O) fué, en los varones, de 0.77 en la primera semana contra 1.2 de las mujeres; en la segunda semana de 1.01 contra 1.48; en la tercera semana, de 1.7 contra 1.55 y en la cuarta de 1.88 contra 2.35, mostrando las mujeres, en términos generales, una tendencia mayor a presentar esta conducta con excepción de la tercera semana. se observa sin embargo que en esta semana el valor, aún cuando es menor que el de varones, es más alto que el valor más bajo de éstos en la primera semana. (Gráfica 11)

- La conducta de sentarse en el orinal a defecar (S/D) se dió, en los varones con un promedio de 0.13 a 0.21 en mujeres la primera semana; de 0.12 a 0.19 la segunda semana; igualándose en la tercera a 0.1 y la cuarta a 0.; siendo mayor en mujeres las dos primeras semanas. (Gráfica 12)
- El sentarse en el orinal miccionando y defecando (S/OD) se observa con un promedio de 0.11 para varones en la primera semana y de 0.27 para mujeres; en la segunda semana, de 0.1 en varones y de 0.33 en mujeres; la tercera semana de 0.17 en los primeros y de 0.64 en las segundas; en la cuarta semana, de 0.39 y de 0.62, presentando las mujeres una tendencia mayor. (Gráfica 13)
- Las incontinencias (ACC) se presentaron en una relación de 2.39 a 1.96 entre varones y mujeres la primera semana; de 1.98 a 1.27 la segunda semana; de 2.21 a 1.26 la tercera semana y de 1.34 a 1.62 la cuarta semana, observándose una incidencia mayor de conductas en hombres las primeras tres semanas y de mujeres la cuarta semana. Aún cuando en la cuarta semana el valor total en varones fué menor que en mujeres, se observa que dicho valor es, en sí, mayor que los valores totales de las mujeres más bajos en las semanas 2 y 3. (Gráfica 14)

En resultados GRUPALES observamos:

- En negativas a sentarse en el orinal (NS) , una disminución de 0.13 a 0.09 de la primera semana a las semanas 2 y 3 , dándose un aumento a 0.11 en la última semana aún cuando éste es un valor más bajo que el de la primera semana. (Gráfica 15)
- Las conductas de acceder a sentarse en el orinal pero sin excretar (S/N) Aumentó de 2.55 a 3.01 entre la primera y segunda semana, disminuyendo la tercera y cuarta semana hasta 2.3, dándose un valor más bajo que al inicio. (Gráfica 16)
- El sentarse en el orinal y miccionar (S/O) aumentó de forma progresiva de 0.96 a 2.09 entre las semanas 1 y 4. (Gráfica 17)
- El sentarse en el orinal y defecar (S/D) disminuyó entre la primera a la cuarta semana de 0.17 a 0. (Gráfica 18)

- La conducta de sentarse en el orinar con el fin de defecar y orinar (S/OD), aumentó progresivamente de un 0.18 a un 0.49 entre la primer y cuarta semana. (Gráfica 19)

- Las incontinencias (ACC) disminuyeron, entre la primera y segunda semana de 2.2 a 1.66, aumentando la tercera semana a 1.79 y disminuyendo la última a 1.47 , aún cuando su tendencia es a la baja.(Gráfica 20)

Por otro lado, los resultados INDIVIDUALES son, en cuanto a tendencias de la primera a la cuarta semana:

1.- Para el SUJETO 1 , una disminución de las conductas de sentarse en el orinal sin excretar (S/N), así como de sentarse en el orinal y defecar (S/D), la cual desapareció las semanas 2, 3 y 4 ; un aumento en las conductas de sentarse en el orinal y miccionar (S/O) y una tendencia a la baja en las incontinencias, aún cuando se dió un aumento en la semana 3 con respecto a la semana 2 . Las conductas de sentarse en el orinal, defecando y miccionando no se presentaron ni las de negativas a sentarse en el orinal.

En términos generales, las conductas esperadas (S/N; S/D; S/O y S/OD) se mantuvieron con una alta incidencia, mientras que en las no esperadas (NS y ACC) , la tendencia fue a la baja.

En este sujeto, el resultado de opinión de la madre hacia el programa fue FAVORABLE. (Gráfica 23)

2.-Para el SUJETO 2 , No se presentaron las conductas de negativa a sentarse en el orinal (NS); mientras que las de sentarse en el orinal sin excretar (S/N) aumentaron la segunda semana disminuyendo con posterioridad. La conducta de sentarse en el orinal y defecar (S/D), sólo se dió durante la primera semana, y la combinación de sentarse en el orinal, miccionar y defecar, disminuyó de la primera a la segunda semana, desapareciendo en la tercera y reapareciendo en la cuarta. El sentarse en el orinal y miccionar (S/O) posee una tendencia a aumentar, aún cuando

en la segunda semana disminuyó levemente. Las incontinencias (ACC) , poseen una tendencia a disminuir aún cuando en la segunda semana se observa un leve aumento.

En términos generales, las conductas esperadas turvieron un aumento, y las no esperadas disminuyeron.

La opinión de la madre de este sujeto con respecto al programa fue FAVORABLE .

(Gráfica 24)

3.- En el SUJETO 3 , no se presentaron negativas a sentarse en el orinal (NS), el sentarse sin excretar (S/N) aumentó de la primera a la segunda semana, disminuyendo posteriormente hasta la cuarta. El sentarse y defecar (S/D) sólo se dió en la primera y tercera semana tendiendo a bajar , mientras que las conductas de sentarse y miccionar (S/O), así como las de sentarse, orinando y defecando (S/OD) tienden a subir, la segunda desapareciendo durante la semana 2 y aumentando progresivamente en la semanas 3 y 4. Las incontinencias (ACC) disminuyeron en la misma forma.

En general, las conductas esperadas aumentaron y las no esperadas disminuyeron.

La opinión de la madre de este sujeto hacia el programa fue FAVORABLE. (Gráfica 25)

4.- Tenemos que el SUJETO 4 , presentó conductas de negativa a sentarse en el orinal (NS) durante la primera semana, desapareciendo la segunda y reapareciendo la tercera, con disminución en la cuarta. La conducta de sentarse sin excretar (S/N), aumentó durante la segunda semana considerablemente, disminuyendo la tercera y aumentando levemente la cuarta, por lo que la conducta de sentarse y miccionar no se dió durante la segunda semana, apareciendo la tercera y disminuyendo levemente durante la cuarta, mientras que la conducta de sentarse y defecar (S/D) se presentó solo en la primera semana y la de sentarse, miccionando y defecando no se presentó en ninguna semana. Las incontinencias tendieron a la baja, aumentando levemente la semana 3 .

Generalizando, las conductas esperadas tuvieron una tendencia a aumentar y las no esperadas a disminuir.

La opinión de la madre hacia el programa fue FAVORABLE. (Gráfica 26)

5.- El SUJETO 5 Exhibió negativa a sentarse en el orinal (N/S) solo la semana 3. La conducta de sentarse en el orinal sin excretar (S/N) tendió a aumentar, aun cuando disminuyó levemente la semana 3 . El sentarse en el orinal y defecar (S/D), no se presentó, manteniéndose relativamente estable la conducta de sentarse y miccionar con una leve disminución la semana 3, y la conducta de sentarse miccionando y defecando (SOD) se mantuvo estable las semanas 2 y 3, mientras que en las 1 y 4 no se presentó. Las incontinencias disminuyeron la semana 2 y aumentaron considerablemente la semana 3, sin embargo, el valor más bajo se dió la semana 4.

En términos generales, tenemos una tendencia a aumentar de las conductas esperadas y una disminución de las no esperadas.

El resultado referente a la opinión de la madre hacia el programa fue FAVORABLE. (Gráfica 27)

6.- El SUJETO 6, no presentó negativas a sentarse en el orinal (NS). Las conductas de sentarse sin excretar (S/N) disminuyeron hacia la cuarta semana aumentando levemente la semana 2, El sentarse y orinar (S/O) aumentó disminuyendo levemente en la misma semana mientras que el sentarse y defecar (S/D) sólo se presentó durante la semana 3. La conducta de sentarse, orinar y defecar tendió a aumentar con una leve disminución la semana 3. Las incontinencias disminuyeron la semana 2, aumentaron la 3, y su valor más bajo se presenta la semana 4.

En general, las conductas esperadas tendieron a aumentar y las no esperadas a disminuir.

La opinión de la madre con respecto al programa se catalogó como FAVORABLE. (Gráfica 28)

7.- El SUJETO 7 exhibió una desaparición de la negativa a sentarse en el orinal (NS) las semanas 2 y 3 y una aparición mínima la cuarta semana, mientras que la conducta de sentarse sin excretar (S/N) aumentó de la semana 1 a la 4. El sentarse y defecar apareció solo en la semana 2, y la de sentarse miccionando y defecando (S/OD) apareció en la tercera semana mantuyéndose la cuarta. La conducta de sentarse y miccionar (S/O) aumentó de la semana 1 a la 3 y disminuyó levemente en la 4. Las incontinencias tendieron a disminuir, aumentando levemente en la semana 3 pero con el valor más bajo en la 4 .

Generalmente, las conductas esperadas mostraron una tendencia a aumentar hasta la semana 3 dándose una leve disminución en la semana 4 y las conductas no esperadas tendieron a disminuir en su incidencia.

La opinión de la madre hacia el programa en este sujeto fué de FAVORABLE. (Gráfica 29)

8.- El SUJETO 8, no asistió la semana 1, sin embargo, su negativa a sentarse en el orinal (NS) disminuyó de la primera a la segunda semana, desapareciendo en la tercera. El sentarse sin excretar (S/N) también tuvo una tendencia a la baja de la semana 2 a la 4. La conducta de sentarse y defecar (S/D) se mantuvo en las semanas 2 y 3, desapareciendo en la 4. Por otro lado, sus conductas de sentarse miccionando y defecando (S/OD) así como el sentarse y miccionar (S/O) aumentaron en forma gradual. Las incontinencias disminuyeron en su incidencia.

En forma general, las conductas esperadas aumentaron y las no esperadas disminuyeron.

La opinión de la madre hacia el programa en el caso de este sujeto fue FAVORABLE. (Gráfica 30)

9.- En el SUJETO 9, las negativas a sentarse en el orinal (N/S) se mantuvieron constantes las primeras 3 semanas, desapareciendo la cuarta. La conducta de sentarse sin excretar (S/N) tendió a disminuir, mantuyéndose estable las semanas 2 y 3. El sentarse y defecar (S/D), apareció solo la semana 3, mientras que el sentarse miccionando y defecando no se exhibió. La conducta

de sentarse y miccionar aumentó durante las primeras tres semanas, desapareciendo en la cuarta. Las incontinencias disminuyeron hacia la semana 4 donde se dió el valor más bajo, aumentando en la semana 2.

En este caso, las conductas esperadas disminuyeron , así como las no esperadas.

La opinión de la madre hacia el programa fue FAVORABLE. (Gráfica 31)

10.- Para el SUJETO 10 , La negativa a sentarse en el orinal (NS) apareció la segunda semana, desapareció en la tercera y apareció en la cuarta con una incidencia menor. El sentarse y no excretar (S/N), tuvo una tendencia a la alta, disminuyendo levemente en la segunda semana y manteniéndose estable la tercera y la cuarta. Las conductas de sentarse y defecar (S/D) así como sentarse miccionando y defecando (S/OD) no se presentaron. El sentarse y miccionar se mantuvo relativamente estable con una disminución leve la segunda y cuarta semanas. Las incontinencias (ACC) disminuyeron en sus incidencias, dándose un leve aumento hacia la cuarta semana donde se observó un valor más bajo que el de las primeras dos semanas.

Generalizando, las conductas esperadas tendieron a aumentar en su incidencia con una leve disminución la semana 4 y las conductas no esperadas exhibieron una tendencia a la baja con un leve aumento en la semana 4 .

La opinión de la madre acerca del programa para este sujeto fue FAVORABLE. (Gráfica 32)

11.- En el SUJETO 11, no se presentaron las conductas de negativa a sentarse en el orinal (NS) disminuyendo el sentarse en el orinal sin excretar (S/N) y aumentando el sentarse y miccionar (S/O) así como el sentarse miccionando y defecando (S/OD). Las conducta de sentarse y defecar (S/D) se mantuvo estable las primeras tres semanas desapareciendo en la cuarta. Sin embargo, las incontinencias (ACC) tendieron a disminuir las primeras tres semanas y a aumentar la cuarta.

En general tenemos que, para este sujeto, las conductas esperadas mostraron una tendencia inconstante en las primeras tres semanas, aumentando en la cuarta mientras que la tendencia de las conductas no esperadas era a la baja las primeras tres semanas y aumentó la cuarta.

La opinión de la madre hacia el programa fue FAVORABLE. (Gráfica 33)

12.- En el SUJETO 13, la negativa a sentarse (N/S) apareció hacia la cuarta semana. El sentarse y no excretar tuvo una tendencia a la alza las primeras dos semanas disminuyendo hacia la cuarta. La conducta de sentarse y defecar (S/D) y la de sentarse miccionando y defecando (S/OD), solamente aparecieron la primera semana, mientras que la de sentarse y orinar (S/O) disminuyó la segunda semana, aumentó en la tercera y terminó desapareciendo en la cuarta. Las incontinencias (ACC) tuvieron una leve tendencia a la baja.

En este caso, las conductas esperadas tienen una tendencia a la baja, y las conductas no esperadas a la alta.

La opinión hacia el programa por parte de la madre fue FAVORABLE. (Gráfica 34)

13.- En el SUJETO 13, las negativas a sentarse en el orinal (NS) aparecieron hasta la cuarta semana. La conducta de sentarse en el orinal sin excretar (S/N) se mantuvo constante las tres primeras semanas, disminuyendo en la cuarta. El sentarse y defecar (S/D) no se presentó, mientras que el sentarse miccionando y defecando (S/OD) se presentó la semana 1, desapareciendo la 2, reapareciendo la tercera y desapareciendo nuevamente la cuarta. La conducta de sentarse y miccionar (S/O) aumentó, manteniéndose estable las semanas 2 y 3 para posteriormente mostrar una incidencia a la alta. Las incontinencias (ACC) se mantuvieron relativamente estables, aumentando levemente en la tercera semana.

Tenemos pues, que en términos generales las conductas esperadas aumentaron durante la segunda semana, disminuyendo levemente la tercera y cuarta, mientras que las conductas no esperadas se mantuvieron estables.

La opinión de la madre hacia el programa fue FAVORABLE. (Gráfica 35)

14.- Aún cuando el SUJETO 14 no asistió las semanas 3 y 4, la negativa a sentarse en el orinal (NS) no se presentó, aumentando la conducta de sentarse sin excretar (S/N) así como la de sentarse y miccionar (S/O). La conducta de sentarse y defecar (S/D) sólo se presentó durante la primera semana, y la de sentarse miccionando y defecando (S/OD) no se exhibió. Las incontinencias (ACC) disminuyeron.

En términos generales las conductas esperadas aumentaron y las no esperadas disminuyeron en su incidencia.

La opinión materna al programa en este caso, fué FAVORABLE. (Gráfica 36)

15.- El SUJETO 15 no asistió la primera semana y las negativas a sentarse en el orinal (N/S), no se dieron, disminuyendo las conductas de sentarse sin excretar (S/N). El sentarse y miccionar (S/O) tuvo un leve descenso en la segunda semana y aumentó en sus incidencias durante la cuarta semana. La conducta de sentarse para miccionar y defecar (S/OD) apareció en la tercera semana y disminuyó la cuarta. Las incontinencias (ACC) aumentaron.

La opinión de la madre hacia el programa fué FAVORABLE. (Gráfica 37)

16.- En el SUJETO 16, no se observan negativas a sentarse en el orinal (NS) y las conductas de sentarse sin excretar (S/N) se mantuvieron constantes las dos primeras semanas disminuyendo la tercera semana y desapareciendo la cuarta. La conducta de sentarse y defecar (S/N) no se presentó, mientras que se observó un aumento progresivo en la conducta de sentarse miccionando y defecando (S/OD), así como un aumento en la conducta de sentarse y miccionar (S/O) durante la segunda semana, disminuyendo levemente en la tercera y aumentando nuevamente en la cuarta. Las incontinencias (ACC) disminuyeron hasta desaparecer la tercera semana y aumentaron la cuarta.

Generalizando, las conductas esperadas aumentaron y las no esperadas disminuyeron la tercera semana aumentando la cuarta.

La opinión de la madre hacia el programa fué FAVORABLE. (Gráfica 38)

17.- La negativa a sentarse en el orinal (NS) se presentó solo durante la primera y segunda semana. La conducta de sentarse sin excretar (S/N) se mantuvo estable las dos primeras semanas, disminuyendo posteriormente. El sentarse y defecar (S/D) apareció solo durante la semana 3, mientras que el sentarse y miccionar (S/O) se exhibió de modo inconstante, aumentando la semana 4. La conducta de sentarse, miccionando y defecando (S/OD) apareció la segunda semana, aumentando la tercera y disminuyendo la cuarta. Las incontinencias (ACC) se exhibieron de manera inestable, disminuyendo en la semana 4.

En este caso, las conductas esperadas tendieron a aumentar en su incidencia y las no esperadas a disminuir.

La opinión de la madre con respecto al programa fue FAVORABLE. (Gráfica 39)

18.- El SUJETO 18, no exhibió negativas a sentarse en el orinal (NS) aumentando las conductas de sentarse sin excretar (S/N) en la segunda semana y disminuyendo en la tercera para aumentar levemente en la cuarta. El sentarse y defecar (S/D) se presentó solo en las semana 1 y 2, aumentando en esta última. La conducta de sentarse y miccionar (S/O) desapareció la segunda semana, aumentó la tercera y disminuyó levemente la cuarta, mientras que la de sentarse miccionar y defecar (S/OD) se mantuvo estable las primeras tres semanas, aumentando en la cuarta. Las incontinencias (ACC) tuvieron una tendencia a la baja, aumentando levemente la segunda semana.

En términos generales, las conductas esperadas aumentaron en su incidencia, y las no esperadas disminuyeron.

La opinión de la madre hacia el programa fue FAVORABLE. (Gráfica 40)

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

En el presente trabajo hemos planteado distintas aproximaciones teóricas y experimentales acerca del CONTROL DE ESFINTERES. En el caso particular de la investigación que nos ocupa, considero que las puntualizaciones a concluir son las siguientes:

1.- En VARONES, las conductas que se pretendía disminuyeran gracias al programa de control esfinteriano, tales como negativas a sentarse en el orinal e incontinencias, lo hicieron hacia la cuarta semana el tiempo que duraron la aplicación de dicho programa y los registros. Las incontinencias aumentaron durante la tercera semana debido quizá a que, de acuerdo con Bakwin, (1972), los varones poseen una mayor producción urinaria, por lo que tienden a ofrecer una mayor resistencia, en este caso, a la desaparición de incontinencias de modo gradual.

Las conductas que se pretendía aumentar, en este caso la de sentarse en el orinal y miccionar, tuvo un alza progresiva durante el tiempo que duró el programa y la de sentarse en el orinal sin excretar aumentó progresivamente disminuyendo con posterioridad quizá debido a que el hecho de sentarse en el orinal significaba excretar

2.- En MUJERES, las conductas que se pretendían disminuir tales como las negativas a sentarse en el orinal y las incontinencia tuvieron un aumento la última semana, mientras que el acceder a sentarse sin excretar (conducta esperada) aumentó al igual que la de sentarse y miccionar, de lo que se puede deducir que el programa coadyuvó a la adquisición de conductas prosociales, sin embargo,

3.- Estableciendo una comparación entre los dos sexos, puede afirmarse que los varones fueron más resistentes a exhibir la conducta esperada de sentarse en el orinal, pero una vez que lo lograron su incidencia fué mayor que en las mujeres. La conducta esperada de sentarse y miccionar se dió con más incidencia en mujeres, aún cuando las incontinencias, conductas que se pretendía disminuyeran aumentó en este grupo. De esto se deduce que probablemente, de acuerdo con Gesell (1977) el niño de esta edad muestra una conducta opositora autoconservadora, que se dá en este caso más en mujeres que en varones ya que estas poseen en términos generales, un desarrollo más acelerado que aquellos y que les permite percibir las pautas esperadas en ellas y negarse a la autoridad social, en términos de Bakwin (1972) o el manejo de un control sobre la situación, en términos de Singer (1969) confirmando lo anterior su incidencia mayor a exhibir las conductas de sentarse en el orinal y miccionar así como las de sentarse en el orinal miccionando y defecando.

4.- En general los resultados grupales indican que las conductas que se pretendía disminuyeran gracias al programa lo hicieron, principalmente las incontinencias y las negativas a sentarse en el orinal tuvieron al final valores más bajos que al inicio así como el acceder a sentarse en el orinal sin excretar (una conducta que se pretendía aumentara en contraparte con la anterior), mientras que las conductas esperadas tales como sentarse y miccionar, sentarse, miccionar y defecar aumentaron, esta última en contraparte con la de sentarse y defecar, la cual disminuyó probablemente debido a que al obtener una regularidad en hábitos higiénicos se daba una combinación de el miccionar y defecar al mismo tiempo (conductas que incidieron en combinación desde la primera semana mayormente que la de defecar simplemente), siendo la primera la que más fácilmente se instauró en este caso dada su incidencia.

De lo anterior, concluimos que se acepta la Hipótesis de investigación , ya que SI EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE EL CONTROL ESFINTERIANO DE LOS NIÑOS ANTES DE IMPLEMENTAR EL PROGRAMA Y DESPUÉS DE LA APLICACION DE ESTE, traduciéndose esto en la adquisición por parte de ellos de un CONTROL DE ESFINTERES como es definido operacionalmente en este trabajo : un aumento del número de veces en las que el niño presenta conductas tales como miccionar o defecar en éste , la disminución de negativas a sentarse y la presencia de incontinencias incluso instaurándose las primeras en el repertorio conductual de los niños ya que, en el registro de línea base, no aparecían.

Por otro lado, tenemos que:

1.- Aún cuando las opiniones cognoscitivas de las madres hacia las áreas descritas en la metodología fue, en todos los casos FAVORABLE; especialmente en los casos 7, 9, 11 , 12 , 15 y 16, las conductas no se dieron en el patrón esperado (disminución de las no tendientes a instaurar el control, aumento en las tendientes a instaurarlo), por lo que se aclara que:

a) En el sujeto 7,12,15 sus asistencias fueron inconstantes, por lo que sus resultados pueden variar , ya que el promedio de conductas se obtuvo en base a los días asistidos.

b) En otros casos como el 8 y el 14 las inasistencias fueron constantes es decir, de una semana completa el primero y de dos el segundo, asistiendo con regularidad los demás días, lo que nos permite obtener datos más claros al agruparlos por semanas completas. En el primer caso el patrón de conductas exhibidas fué el ideal en términos de la instauración de un control esfinteriano según la definición operacional que se maneja en la presente investigación, y el segundo se dió en forma adecuada.

c) En los casos 9, 11 y 16 las asistencias fueron relativamente estables .

Debido a lo anterior se concluye que:

Se acepta la Hipótesis Nula, la cual se enuncia de la siguiente manera : NO EXISTE RELACION ENTRE LA PARTICIPACION ACTIVA DE LAS MADRES Y LA ADQUISICION POR PARTE DE LOS NIÑOS DE UN CONTROL ESFINTERIANO, al no observarse un resultado de conductas esperadas en todos los casos sumada a resultados de opinión favorables hacia el programa . Debemos señalar que hubo diferencias importantes entre cada sujeto con respecto a las variables que no se controlaron y que fueron enlistadas en el capítulo de metodología.

Otras proposiciones de investigación al tema.-

- 1.- Investigaciones en las que se modifiquen las edades de inicio de control para los menores, con el fin de establecer comparaciones.
- 2.- Un estudio longitudinal en el que se intenten establecer relaciones directas entre la situación de control esfinteriano y los trastornos resultantes del manejo de éste.
- 3.- Una medición de actitudes de las madres anterior al programa y posterior a este manejando de manera controlada en las charlas variables tendientes a persuadir.
- 4.- Una medición de actitudes del personal encargado directamente del entrenamiento esfinteriano, en este caso educadoras y asistentes educativas, anterior al programa y posterior a éste manejando de manera controlada en las charlas variables tendientes a persuadir .
- 5.- Mediciones al mismo grupo en un lapso temporal mayor o de otro usando la misma técnica.
- 6.- Mediciones en base a registros de sucesos elaborados por las madres según las conductas presentadas en casa.

APENDICE I

APENDICE I

OTRAS APROXIMACIONES AL ESTUDIO DEL PROBLEMA

Aspectos Psicoanalíticos sobre el control de esfínteres.

Freud, en su escrito "Tres Ensayos de Teoría Sexual" (1905), es el primero en hablar detalladamente sobre las características de las pulsiones sexuales infantiles , a las cuales considera " autoeróticas", ya que no van dirigidas hacia otra persona, satisfaciéndose en el propio cuerpo según determinada zona erógena: " ...sector de piel o de mucosa en que la estimulación de cierta clase provoca una sensación placentera de determinada cualidad " (Freud, 1905 vol VII pp 166).

Según el período de desarrollo en el que se encuentra el ser humano, Freud afirma que la energía libidinal o sexual que posee el individuo es dirigida a cierta zona corporal en particular, convirtiéndose así en zona erógena; y es así como propone las diferentes etapas de desarrollo psicosexual: oral, anal, falico-edípica, latencia y genital.

La etapa anal, o fase pregenital sádico-anal como la llamaría Freud, de la cual nos ocuparemos aquí, y en la que el infante logra el control esfinteriano, se da, según colaboraciones posteriores, de los 18 a los 36 meses (Erikson, 1961).En esta etapa, se sustituye la zona oral erógena por la zona anal, la cual entonces es fuertemente catectizada. Las heces se convierten en "Cuerpo estimulador... el niño las trata como una parte de su propio cuerpo, representando el primer regalo por medio del cual el pequeño puede expresar su obediencia hacia el medio circundante, exteriorizándolo, y su desafío, rehusándolo " (Freud, 1905 vol. VII pp 169).

En un principio, la retención de las heces fecales, según Freud (1905), se practica de manera deliberada con el fin de obtener placer masturbatorio sobre la zona anal, y más tarde se emplea para manipular a las personas que están a su cuidado (Ferenczi, en 1909 asegura que la retención se asocia al placer anal y la excreción al placer uretral).

Freud, (1905) asegura que, durante esta etapa, la actividad es producida por la pulsión de apoderarse del objeto por medio de la musculatura del cuerpo o " posición activa ", y la pulsión de obtener placer en la mucosa anal o " posición pasiva ". La defecación es la primera decisión entre el narcisismo y la consecución del amor del objeto: el niño retiene las heces para satisfacerse autoeróticamente o bien, las entrega como un sacrificio para conseguir el amor del objeto.

Abraham (1924) menciona que existen entonces dos etapas dentro del erotismo anal: en la primera, se dá una excreción sin considerar al objeto , y en la segunda se consigue el amor del objeto por medio de la retención. Tenemos entonces una división: retener o soltar, activo o pasivo, opuestos pulsionales que se presentan en un grado aproximadamente igual, provocando en la personalidad del niño en esta etapa lo que Bleuler (1905) denominaría por primera vez "ambivalencia". Las pulsiones parciales, que no son del todo sexuales y no tienen como primacía una función genital, son en este periodo las anal-eróticas y las sádicas. Estas últimas pretenden, a la vez que satisfacen de forma autoerótica, establecer un desafío, una autoafirmación del yo contra los reclamos del objeto, que según Andreas-Salomé (1916) establece la primera prohibición que recibe el niño de ganar placer con la actividad anal, y su producción "es decisiva para su desarrollo" (Freud, 1905 vol VII pp 170), ya que por medio de ésta el infante cae en cuenta que existe un medio hostil que se opone a sus pulsiones, iniciándose así la separación con aquel y provocándose así su primera regresión por la búsqueda

del placer. Aparece, de esta manera, la realización de la voluntad del infante, lo que ocasiona, a su vez una angustia de perder el amor del objeto si no se cumplen los reclamos, o destruir a aquél por medio de la hostilidad que surge ante el intento de control del otro sobre la personalidad del niño.

Las pulsiones de esta etapa posteriormente, en el desarrollo psicosexual pueden seguir dos caminos: el de la represión (si esta etapa se volvió endeble por excesivas tolerancias o frustraciones) y el de los rasgos de carácter. En el primer caso se originan síntomas o " retorno de lo reprimido " (Freud, 1913 vol XII pp 343), característicos de la Neurosis Obsesivo-Compulsiva, que se manifiestan por primera vez, según Freud (1913), de los 6 a los 8 años de edad, y que son, entre otros, las ideas obsesivas, los actos compulsivos y el aislamiento del afecto cuya función es la de defender al objeto contra la hostilidad que genera el intento de aquél por controlar. Ernest Jones (1913), por su parte, también describe la existencia de el odio y de el erotismo anal en la sintomatología de la neurosis obsesiva. En el segundo caso, "La represión no entra en acción o bien alcanza con tersura su meta de sustituir lo reprimido por unas formaciones reactivas y unas sublimaciones " (Freud, 1913 vol XII pp 343) las cuales pueden ser la de saber, a nivel de apoderamiento, o de rechazo, en el caso de la duda. Los rasgos de carácter pueden ser la minuciosidad, la avaricia y la terquedad; estos rasgos se presentan, a decir de Freud (1908), en sujetos a los cuales les llevó "un tiempo largo gobernar la incontinencia alvi (fecal)" (Freud, 1908 vol IX pp 153), quizá por extraer de la defecación una mayor ganancia de placer.

Por otro lado, el significado de " regalo " que otorga el niño a las heces, el cual ya hemos mencionado, se dirige por dos vías: una parte del interés por las heces, afirma Freud (1908) se transfiere al interés por el dinero y, el bolo fecal, o " palo de caca ", como lo llamaría uno de los apacientes del autor, toma significado de pene, al faltar en la mujer, y haber tenido un significado anterior de algo separable: "que permanece desde entonces como el símbolo de todo lo que hay que deshechar, segregar de la vida " (Andeas-Salomé, 1916 en una nota

agregada por Freud en 1920 a su artículo original de 1905, pp 170) o, en palabras de Freud, "El primer trozo de lo corporal al que se debió renunciar " (Freud, 1917 vol XVII pp 122) . Asimismo, el concepto de "regalo" también se catectiza en la micción, pero en menor grado (adquiriendo una activación sexual por su situación anatómica en relación con los genitales) . El acto de la micción puede ir acompañado, según Abraham (1920) de un sentimiento por poseer un poder inmenso, casi ilimitado con el cual se puede crear o destruir un objeto . En el caso de las heces se transfiere de "regalo" al deseo por un hijo, ya que, anteriormente, en la investigación sexual, el niño se explica el nacimiento de los bebés por vía anal : si el producto crece en el vientre (se ignora en esta etapa la existencia de la matriz) y es sacado de ahí, tiene que ser por vía anal : " Teoría de la Cloaca " (Freud, 1908 vol IX pp 196). Se catectiza así, posteriormente al hijo " nacido del intestino " (Freud, 1908 vol IX pp 195) . Existe también, dice Freud (1917), una relación lingüística entre hijo y regalo: " Recibir de regalo un hijo " (Freud, 1917 vol XVII pp 120) . En la mujer se da entonces, ya que se vive sin pene y lo envidia, un interés por el varón quien es el que lo posee y además puede darle un hijo .

Sobre la base teórica Freudiana, y aceptando la idea del individuo como un ser dotado de energía psicosexual, Erik Erikson (1956) construyó una teoría acerca del desarrollo del niño, entendiendo como desarrollo " Un proceso evolutivo que se funda en una secuencia de hechos biológicos, psicológicos y sociales, experimentada universalmente, que implica un proceso autoterapéutico destinado a curar las heridas provocadas por las crisis naturales y accidentales inherentes " (Maier, 1982 pp 35) o, en palabras del mismo Erikson : " Una serie de infancias que reclaman una variedad de subambientes, de acuerdo con la etapa que el niño haya alcanzado y el ambiente vivido en las etapas previas " (Erikson, 1956 citado por Maier, 1982 pp 35).

Este autor postula su teoría dividiendo el desarrollo del individuo en 8 fases que se encuentran en constante movimiento y que se caracterizan porque en cada una de ellas se afronta

una crisis o dilema yoico en cuanto a su relación con el medio ambiente y en el que se reúnen dos fuerzas pulsionales contrarias de igual magnitud que requieren una solución la cual, si es eficaz, favorecerá una ascensión a la madurez, y si no lo es, el individuo carecerá de la posibilidad de solucionar problemas de etapas previas y posteriores. La fase que se relaciona con nuestro objeto de estudio, corresponde a la etapa anal de Freud y es denominada por Erikson (1960) como la fase de "Autonomía vs Culpa " y se refiere a la adquisición de un sentido de la autonomía en el niño al mismo tiempo que se combate contra un sentido de duda, donde la solución conjunta o síntesis del conflicto entre las dos fuerzas contrarias dá como resultado la realización de la VOLUNTAD. El tema principal de esta fase es autoafirmarse o negarse el derecho a ello.

Al percatarse el infante de que " La conducta que se desarrolla es la suya propia " (Maier, 1982 pp 45) es decir , que los factores de control y dirección que antes eran manejados por otros cuando se encontraba en estado total de dependencia ahora pueden ser manejados relativamente por el mismo, se afirma en un sentido de autonomía aún cuando, el sentirse dependiente (situación que aún le complace) provoca en él duda sobre su propia capacidad de existir además de que su rebeldía contra el objeto le causa vergüenza y temor a sobrepasar los límites que es capaz de manejar.

Físicamente el menor en esta etapa presenta una maduración acelerada con una mayor coordinación y asimilación de sus movimientos, que se convierten en medios para conseguir nuevos intentos y aprendizajes . El control muscular del que goza le permite, asimismo, controlar sus esfínteres, tanto el anal como el uretral a lo que ayuda la dieta que ahora ingiere y cuya consistencia le permite evacuaciones más controlables y es por esto que la zona anal se convierte entonces en " El centro de los esfuerzos físicos, sociales y psicológicos del niño " (Maier, 1982 pp 46) . Los conflictos psicosociales en esta etapa, entonces, giran alrededor de retener o soltar, modalidad aprendida recientemente y que se catectiza rápidamente, implicando así la interferencia de los progenitores o recuerdo de ésta en todas las actividades que se

relacionan con la retención o liberación y que se efectúan por medio de la boca, los ojos, los esfínteres, y que están cargadas entonces de ambigüedad y ambivalencia (en la relación con la situación de dependencia en contra del deseo de mostrar iniciativa propia) dada la importancia que en los países occidentales se dá en relación con el control esfinteriano provocando así la manifestación de una nueva zona erógena que se convierte en el símbolo de la lucha por la autonomía transfiriéndose después a otras áreas de la vida, según se cargue de sentimientos.

La madurez física de la que ya hemos hablado, coadyuva al aumento de energía libidinal, por lo que el deseo de autonomía y la negación de ésta se vé reflejada en impulsos violentos por parte del ello, y que en ocasiones rebasan la capacidad yóica del menor para controlarlos provocando cambios constantes de humor y sentimientos de amor-odio, siendo vital para su desarrollo que se establezca una relación entre modalidades tales como cooperación o terquedad; libertad de autoexpresión o represión, siendo lo adecuado "un sentimiento de autocontrol sin pérdida de la autoestima" (Maier, 1982 pp 49) , y que, de no lograrse, deriva en un sentimiento de duda y vergüenza permanente. Este aumento de impulsos se dá a la par de un crecimiento y fortalecimiento del yo, el cual cuenta entonces con una mejor percepción, memoria, integración a nivel neurológico y social. Los procesos superyóicos, aunque rudimentarios en esta etapa, se acrecientan a medida que el niño ejerce su autonomía: "El niño debe aprender a querer lo que puede ser y a convencerse que lo que quería tuvo que ser " (Erikson, 1961 citado por Maier, 1982 pp 46). El individuo que puede verse a sí mismo como alguien que es capaz de ser lo que quiere y percibe los límites entre él y sus progenitores, : " amplía la confianza dentro de su sí mismo en expansión " (Maier, 1982 pp 47) .

La autoestima inicial del niño depende de su capacidad para mantener la confianza en sí mismo, hasata que aprende un equilibrio de poder donde la frustración es una experiencia real de la vida que debe ser considerada como un hecho natural más que como un hecho hostil que amenaza sus existencia misma de tal manera que cae en cuenta que si se ataca su autonomía en cierta actividad no se convertirá impotente en otras. Es por esto que el juego se convierte en "

un refugio seguro que le permite desarrollar su autonomía dentro de un propio conjunto de límites o leyes" (Maier, 1982 pp 49) siendo posible así conjuntar las dos fuerzas opositoras que se presentan en este periodo y así manejar la duda y la vergüenza. El juego, dice Erikson, "es un puerto creado por el niño adonde regresa cuando necesita reorganizar su yo" (Erikson, 1963 citado por Maier, 1982 pp 49).

En esta etapa, el pequeño viola la confianza con sus padres por el ejercicio de su autonomía y se empeña en hacerlo todo solo, se expande agresivamente. La educación esfisteriana ayuda al niño a obtener una mayor autonomía y una subordinación a la dirección de los adultos en una conducta que antes se presentaba sin control, requiriendo entonces de "una guía sensible y comprensiva y un apoyo graduado" (Maier, 1982 pp 46). El manejo de los padres o personas a su cargo debe ser el de proporcionarle una confianza de que la autonomía que se le proporcione en ciertos momentos no se verá frustrada en otros, en otras palabras, una constancia en la disciplina y el control, el otorgar una independencia gradual en las áreas en que el infante se siente relativamente seguro y al mismo tiempo manteniéndose firme en otras, lo que le dará al menor un sentimiento de seguridad en sí mismo.

Anna Freud (1965), al igual que Erikson, adjudica una importancia básica al desarrollo del yo en el individuo. Es en su búsqueda por una comprensión más integral del niño, que toma en cuenta no solo aspectos aislados de su personalidad sino a él mismo como totalidad, sus interacciones básicas entre el ello y el yo en distintos niveles de desarrollo de acuerdo con la edad, que se comparan con la secuencia de maduración libidinal o desenvolvimiento gradual de las funciones yóicas, por lo que propone lo que llamaría "Lineas de Desarrollo", las cuales toman en cuenta al mismo tiempo las relaciones del yo en creciente madurez y su correspondencia con las relaciones objetales que se dan, como base, desde la dependencia hasta la autosuficiencia emocional y las relaciones objetales adultas:

- 1.- En un inicio, se dá una unidad biológica madre-hijo, donde el narcisismo de la madre se extiende al cuerpo del niño, y éste la considera como parte de él mismo.
- 2.- Relación anaclítica de objeto parcial, o de satisfacción de necesidades, que se basa en la satisfacción de las necesidades somáticas, donde la catexis de objeto se libera en cuanto se presentan deseos físicos y se retrae en cuanto han sido satisfechos.
- 3.- Constancia objetal, que permite al niño obtener una imagen interna y positiva del objeto aún cuando éste no satisfaga sus deseos.
- 4.- Relación ambivalente preedípica sádico-anal, donde el yo depende, tortura y domina, además de controlar a los objetos amados.
- 5.- La fase fálico-edípica, centrada en el objeto y que se caracteriza por una actitud posesiva hacia el progenitor del sexo contrario.
- 6.- Latencia o disminución de la urgencia de impulsos y la transferencia de la libido sublimada e inhibida hacia ideas e intereses de objeto.
- 7.- Periodo preadolescente o retorno a conductas anteriores, especialmente las de catexia de objeto parcial.
- 8.- Adolescencia, que tiene como fin cambiar los vínculos con los objetos infantiles y establecer supremacía genital, catectizando a objetos del sexo contrario fuera del círculo familiar.

La línea de desarrollo en cuanto a la independencia corporal en relación con el control de esfínteres se logra durante las primeras fases de relación con el objeto que hemos descrito, y es bautizada por Anna Freud (1965) como " De la incontinencia al control de esfínteres " y tiene como finalidad: " el control, la modificación y transformación de las tendencias anales y uretrales " (Anna Freud, 1986 pp 62) , observándose conflictos entre el yo, superyó y fuerzas ambientales de la siguiente manera:

- Dentro de la primera fase, de unidad biológica madre-hijo, el menor tiene completa libertad con respecto a su evacuación , y se determina no por el grado de maduración que ha alcanzado,

sino por influencias ambientales o la desición materna de interferir. Anna Freud (1986) cree que el entrenamiento esfinteriano comienza inmediatamente después del nacimiento, y se encuentra basado en reflejos incondicionados.

- En la segunda fase, se observa un avance en la maduración. La actividad impulsiva se traslada de la zona oral a la anal y el niño entonces se opone a cualquier interferencia que se relacione con sus impulsos vitales. Las heces se encuentran fuertemente catectizadas con cargas amorosas y agresivas, por lo que se les puede tomar como un " regalo " o como instrumento por medio del cual " se descargan las delusiones, la rabia y la agresión en las relaciones con los objetos " (Anna Freud, 1986 pp 63) . Esta doble carga provoca una relación ambivalente o "violentas fluctuaciones de amor-odio " (Anna Freud, 1986 pp 63) con los objetos. Las actividades preferidas por el niño en esta etapa son el placer por la suciedad y el desorden, modelar, vaciar, acumular objetos. La madre, en esta etapa, debido a la identificación anterior con las necesidades alimenticias de su hijo, debe mediar entre las necesidades higiénicas del medio ambiente y las tendencias opuestas del menor con el fin de que se establezca un control esfinteriano gradual y sin trastornos ; sin embargo, si la madre es incapaz de establecer una empatía con el niño debido a sus propias fijaciones anales, impondrá exigencias demasiado severas, que devendrán en una batalla, en la cual el infante defenderá su derecho a evacuar cuando quiera y la madre el suyo de lograr el entrenamiento.

- En una fase tercera, el niño acepta, incorporando las actitudes de la madre y el ambiente en cuanto al control de sfinteres. Es así como las actitudes se convierten en una parte de las exigencias yóicas y superyóicas por medio de identificaciones. Se internaliza así el control esfinteriano creándose barreras en contra de los deseos de índole anal o uretral por medio de mecanismos de defensa tales como la represión y la formación reactiva para evitar el retorno de los impulsos. Este control anal preedípico es vulnerable debido a que depende aún de los objetos, por lo que requiere una estabilidad de las relaciones con éstos, que en su mayor parte deben ser positivas.

- Durante la cuarta fase se asegura completamente el control de esfinteres, al convertirse en una actividad que no depende ya de las relaciones objetales sino que se convierte en una actividad neutralizada y autónoma del yo y superyó.

Mientras que postulaciones anteriores sostienen que la relación objetal depende de los impulsos, y que el fin último de la condición humana es el de satisfacer las pulsiones que causan displacer, Melanie Klein (1932) describe, de modo más específico, los primeros estadios del desarrollo del yo , postulando la existencia de relaciones objetales tempranas. Considera a la fantasía inconsciente como la " expresión mental de los instintos " (Segal, 1981 pp 20) existente, como estos, desde el comienzo de la vida. Los instintos, tienden a buscar objetos y lo que determina el estado psíquico del sujeto es "la naturaleza de las fantasías inconscientes y su relación con la realidad externa " (Segal, 1981 pp 20). Describe la angustia como existente desde el momento del nacimiento y el surgimiento del superyó más temprano de lo que se suponía. Postula dos etapas o " Posiciones " (configuración de relaciones objetales, ansiedades y defensas que persisten a lo largo de la vida) fundamentales:

a) La Esquizo-paranoide, que se caracteriza por el establecimiento de relaciones parciales. La ansiedad predominante en esta etapa es paranoica o de persecución de los objetos " malos". El estado del yo y los objetos se caracteriza por la escisión de " malos y buenos ", que es esquizoide.

b) La depresiva, donde se dá una relación con objetos totales, surgiendo la ambivalencia y la depresión causada por la ansiedad que surge de los propios impulsos destructivos y que podrían destruir con el objeto amado.

Estas etapas corresponden a la etapa oral, sin embargo, Klein (1948) no las considera transitorias, sino que, al llamarlas " posición " les dá una significación que " implica una configuración específica de relaciones objetales persistentes a lo largo de la vida " (Segal, 1981 pp 23).

Ansiedades paranoicas y depresivas siguen siendo activas dentro de la personalidad. Los mecanismos neuróticos, dice Klein (1948) sustituyen poco a poco a los psicóticos a medida que el yo se integra y se ha elaborado una relación firme con la realidad en la posición depresiva; la neurosis infantil es entonces: " una defensa contra las ansiedades paranoicas y depresivas subyacentes y una forma de ligarlas y elaborarlas " (Segal, 1981 pp 17).

Las funciones del intestino y la vejiga en el niño están conectadas con mecanismos paranoicos, de tal manera que los excrementos juegan un papel importante en las fantasías sádicas de niños y niñas. El niño atribuye un poder inmenso a sus excreciones, de tal manera que las considera omnipotentes por lo que, sádicamente intenta destruir a sus padres para lograr el control y el dominio (estas fantasías se acrecientan en la etapa de fantasías sádicas de masturbación cuando el niño pretende destruir a sus padres en copulación) haciendo uso de sus heces y orina, que al mismo tiempo lo defienden contra la retaliación. Estos ataques son insidiosos y secretos, equiparándose las heces y los flatos posteriormente con otra sustancia secreta: los pensamientos.

Los ataques son dirigidos primeramente hacia el cuerpo de la madre, al pecho, y posteriormente al interior del cuerpo de ésta, al cual se pretenden introducir las sustancias de manera mágica.

Klein (1964) postula que en la niña se dá más frecuentemente el sentimiento de onipotencia de vejiga e intestinos, ya que lo conecta con funciones corporales (refiere su narcisismo al cuerpo como un todo) y la distribuye en una extensión más grande, por lo que sus ataques son más poderosos y duraderos, de acuerdo " con esa naturaleza secreta que es el interior del cuerpo de la madre y de sí misma " (Klein, 1964 pp 329). Es por esto que la mujer

domina su ansiedad mediante sus relaciones con el mundo interno o inconsciente, y de proseguir su creencia en el poder mágico de los excrementos, controlará y dominará en su imaginación los objetos internos y reales. Posteriormente, el acto sexual es usado como una forma de destruir al objeto con pensamientos y excrementos, venciendo así " los objetos terroríficos que se encuentran en el interior del cuerpo de la madre y de su propio cuerpo " (Klein, 1964 pp 330). Si la niña cree en el "pene bueno " del padre dentro de sí misma, de manera bastante fuerte, lo usará como medio de sus pensamientos omnipotentes.

El varoncito, por otro lado, concentra su odio sobre un pene real y el del padre supuesto en el interior de la madre, por lo que ese odio se dirige hacia lo que es visible, palpable y del mundo externo (al contrario de la niña), y utiliza la omnipotencia de su pene para dominar la ansiedad. El yo del niño, dice Klein (1964), hace uso de impulsos mágicos poniéndolos unos frente a otros.

Siguiendo la teoría de las relaciones objetales, Margaret Mahler (1955) postula " el desarrollo de la relación objetal a partir del narcisismo, en paralelo con la historia vital temprana del yo ubicada en el contexto del desarrollo libidinal concurrente " (Mahler, 1975 pp 16), por lo que describe una serie de fases en las cuales el niño se va separando del mundo objetal hasta considerarse a sí mismo como una entidad aparte. Al lograr estas fases, " el infante humano nace psicológicamente " (Mahler, 1975 pp 13).

En de la fase de Separación- Individuación (tercera fase propuesta por Mahler, 1955), dentro de la subfase de Acercamiento que se dá aproximadamente de los 18-20 meses hasta los 24, se corresponde el periodo de inicio del control esfinteriano y el aumento de la conciencia de sensaciones, lo que coincide, a su vez, con la consecución de grandes logros tales como la locomoción vertical libre, la inteligencia representacional, la aparición del lenguaje simbólico y, el desarrollo de las funciones perceptuales, en este periodo arcaicas. Estos avances

establecen un sentimiento de grandeza en el niño, el cual debe ser abandonado en forma gradual y penosa, al darse cuenta que los objetos son entidades separadas de sus propios intereses.

Asimismo, durante esta etapa se dá el descubrimiento de las diferencias sexuales anatómicas, donde las niñas, especialmente, desean anular la diferencia sexual, situación que podría afectar el logro del control esfinteriano.

Es también en esta fase que el niño no sólo se reabastece emocionalmente de la madre, sino que presenta una gran necesidad de contacto corporal y tendencia a compartir con ella sus descubrimientos, se caracteriza por su negativismo, indecisión y temor a ser reengolfado dependiendo de nuevo de la madre por lo que establece pautas de huida, situaciones que le causan ambivalencia y temor a perder el amor del objeto, provocándose en ocasiones angustia de separación. Es por esto que requiere de la disponibilidad emocional óptima de la madre a fin de que desaparezca su confianza en la omnipotencia mágica, ayudando así a que se desarrolle su yo autónomo: " Es el amor de la madre por el deambulador y su aceptación a la ambivalencia de éste lo que permite al niño catexiar su representación con energía neutralizada (no agresiva) " (Mahler, 1965 pp 91). De no ser así, se corre el riesgo de que se dé un inadecuado control de esfínteres en el que probablemente aparezca una lucha alrededor de éste: empujándose el niño en retener y soltar desafiando a la madre, y si se escindió en demasía el mundo objetual (separando, ante el sentimiento de ambivalencia los objetos buenos de los malos con el fin de defender a los primeros contra impulsos agresivos), se cae en el riesgo de desarrollar una personalidad fronteriza en la etapa adulta.

Francoise Dolto (1971) por otro lado, en aportaciones actuales, continúa confiriendo suma importancia a las pulsiones instintivas, mencionando que las biológicas requieren satisfacción inmediata, y las sexuales pueden ser diferidas, transformándose su energía en beneficio de otras actividades. Refiere que: " No hay mejor criterio objetivo en el desarrollo humano que el criterio afectivo... el comportamiento del individuo en relación con los objetos

de amor " (Doltó, 1991 pp 24). Basándose en los postulados de Freud, describe las etapas o estados pregenitales tomando en cuenta " la parte del cuerpo sobre la que se centra electivamente el hedonismo del momento " (Doltó, 1991 pp 24). La historia de estas etapas de "organización provisional ", dice Doltó (1991) : "nos permite comprender las bases del comportamiento ulterior no solo de los individuos considerados normales, sino también de aquellos que presentan anomalías " (Doltó, 1991 pp 24).

Seguendo a Doltó (1991), en el niño de 1 a 3 años, el 90 % de los intercambios con adultos son a propósito de la alimentación, la limpieza y el control de esfínteres, y en el segundo año el niño va a conceder una importancia especial a la zona anal. El niño de esta edad ha alcanzado ya un mayor desarrollo neuromuscular y la libido, que provocaba anteriormente un chupeteo de corte lúdico, ahora provoca una retención lúdica de las heces. Según la autora a la que nos referimos, es este el primer descubrimiento del placer autoerótico masoquista : "el placer de sentir aplicaciones pasivas sobre el cuerpo " (Doltó, 1991 pp 29). El desarrollo neuromuscular le provoca al niño, asimismo, una necesidad de usar libremente sus grupos musculares " agonistas y antagonistas " (Doltó, 1991 pp 31), lo que le permite imitar al adulto, tornándose activo y agresivo con los objetos y cayendo en cuenta que esto le molesta al propio adulto : de esta manera el niño logra la identificación completa con aquél aunque dificultándosele aún participar de su modo de pensar y sentir por lo que desplaza sus afectos a objetos que retiene celosamente y difícilmente cede a otros. Es también en este momento, que la educación juega el papel de habitar al menor a una disciplina social.

El infante en esta etapa, obtiene satisfacción fisiológica de la zona erógena al ser limpiado y, al mismo tiempo, es no aceptado si se ensucia, por lo que " se asocian a la madre emociones contradictorias: es el primer descubrimiento de una situación de ambivalencia " (Doltó, 1991 pp 29).

Al pretender conquistar la disciplina esfinteriana, el niño descubre la noción de poder y de propiedad privada mediante el acceder o negar un " regalo " a sus padres, descubriendo así el placer sádico (hacer una cosa con el propio cuerpo) : " quiero tener derecho de vida y muerte sobre objetos, cosas vivas, sobre tí, como quería tenerlo sobre mis excrementos " (Doltó, 1991 pp 30).

Doltó (1991) considera que la actitud más o menos severa de los padres en cuestiones de limpieza general "favorecerá o entorpecerá el despliegue del niño y su adaptación a la vida social con soltura de cuerpo y destreza manual. " (Doltó, 1991 pp 31) . El evitar actitudes coercitivas le permite al niño encontrar "sustitutos simbólicos a sus materias fecales... es una condición para salvaguardar su vida y su libidos ulteriores " (Doltó, 1991 pp 32) , si esto no sucede, el menor se sentirá aplastado por el dominio sádico del adulto, al proyectar en él su sadismo insatisfecho, y posteriormente buscará situaciones en las que se le castigue o domine de modo pasivo. Asimismo, en la etapa anal se forman caracteres tales como la sobriedad, la testarudez, la obsesividad algunas perversiones sexuales con componentes sádicos y masoquistas.

En términos generales, Doltó (1991) asegura que el pensamiento del niño en esta etapa tiende a la percepción de pares antagonistas (bueno-malo, grande-pequeño, bello-feo) dado el descubrimiento de la ambivalencia. El infante cede porque aún depende de los adultos y de esta manera puede percibirlos omnipotentes, mágicos, aislando de esta manera el peligro que resultaría de perderlos al negarse a sus demandas, por lo que desplaza sus pulsiones agresivas a objetos fetichistas y totémicos. Se observa, entonces en el pensamiento de la etapa anal " mecanismos de identificación y de proyección.. (que se efectúan en) .. el cuadro dualista inherente a la ambivalencia sadomasoquista de las relaciones objetales " (Doltó, 1991 pp 36).

Fenichel (1982), haciendo una revisión teórica de los postulados psicoanalíticos, menciona que hacia el segundo año de vida la zona anal se convierte en " la instancia ejecutiva de todas las excitaciones " (Fenichel, 1982 pp 86), aunque el placer anal es experimentado por vez primera en las sensaciones placenteras de ser cambiado de pañal .

En la etapa anal, se da un placer autoerótico cuyo fin primario es el goce de las sensaciones placenteras de la excreción. Es autoerótico, porque no requiere de un objeto y se sobrevalorizan mágica y narcisísticamente los movimientos intestinales. El ano, como órgano hueco, es vivido pasivamente como capaz de ser estimulado por un cuerpo extraño que penetre, y como órgano capaz de expulsar activamente.

En primera instancia, siguiendo a Fenichel (1982), lo placentero se considera como " yo " y lo frustrante como " no-yo ", por lo que las heces se viven como parte del propio cuerpo y el ser expulsadas, se convierten en algo externo. El niño entonces, al darse cuenta de que no puede tener las cosas externas dentro de él las catectiza " con una cualidad de yo " (Fenichel, 1982 pp pp 88), lo que da origen al sentimiento de posesión y la conciencia de que existen objetos separados de sí mismo a los cuales intenta amar y sominar al mismo tiempo (ambivalencia). Esto se explica de la siguiente manera: las heces son manejadas como " poder social " (Fenichel, 1982 pp 87) ya que, en el aprendizaje de hábitos higiénicos, el niño encuentra una oportunidad de demostrar eficazmente su oposición a los mayores para salvar su autoestima y, según Fenichel (1982), " los mismos recursos utilizados para resistir las fuerzas superiores de sus educadores puede aplicarse más tarde en una lucha contra su propio superyó " (Fenichel, 1982 pp 319).

El niño tiene también que renunciar al placer autoerótico por consideración a los objetos, y perturbaciones en esta etapa podrían provocar trastornos posteriores en las relaciones con los objetos (que adquieren la modalidad de ser tratados como las heces : se retienen e introyectan o expulsan y eliminan), dando lugar a neurosis o rasgos de carácter obsesivo-compulsivos que se desarrollan ocupando el lugar de los instintos erótico-anales.

Fenichel (1982) menciona, asimismo, la importancia de las experiencias anales para la medición del tiempo con el fin de controlar la realidad en una etapa posterior. Contrariamente a Freud (1917) , Fenichel (1982) no cree que el interés por las heces se convierta en interés por dinero, sino que la función de éste es lo que le dá con posterioridad un tinte erótico-anal.

Con respecto a la micción, Fenichel opina que es, en etapas posteriores, "un oponente pregenital de la sexualidad genital auténtica " (Fenichel, 1982 pp 89) ya que el niño se dá cuenta de las diferencias sexuales anatómicas en relación con la micción. El fin primario del erotismo uretral es el placer de la micción, y, al igual que en el erotismo anal, se consigue placer en la retención (a nivel secundario). Este fenómeno se dá más en las niñas, quizá debido a la configuración anatómica y surge un sentimiento de vergüenza por orinar y un sentimiento de ambición como lucha a esta vergüenza.

En una modalidad activa, el niño daña a los objetos orinándose sobre ellos simbólicamente, y en una modalidad pasiva, se dá el dejar fluir entregándose a los objetos, también de modo simbólico (Fenichel <1982>, cree que el fluir pasivo de la orina se conierte posteriormente en el fluir de las lágrimas de la mujer) . Cuando la ambivalencia no es manejada adecuadamente, pueden surgir posteriormente síntomas emuréticos o eyaculación precoz en la edad adulta.

A partir de lo revisado destacamos lo siguiente: Aproximadamente a los 18 meses, la zona anal se convierte en zona erógena, ya que el infante cae en cuenta que es capaz de controlar a los objetos (los cuales abandonaba anteriormente de modo pasivo) por medio de una producción propia: la orina y las heces fecales, excreciones que reviste de una gran importancia, atribuyéndoles una cualidad " mágica " y " omnipotente ". Es por esto que se dá a la tarea de retener o soltar para así poder demostrar su amor u odio hacia los objetos (ambivalencia).

Esta etapa es importante debido a que el pequeño comienza a caer en cuenta que existe un mundo objetal separado de él mismo al que puede catexiar: renuncia a su propio placer por conservar a los objetos.

La personalidad del niño en esta fase es negativista, de rebeldía e indecisión y es cuando empieza a formarse como un individuo con voluntad propia.

Es por lo anteriormente señalado que se vuelve importante el proporcionarle un ambiente estable en cuanto a disposición y temporalidad que le ayude a conjuntar los opuestos pulsionales: su odio a quien pretende controlarlo y su miedo a perder el amor del objeto por tratar de ser independiente, de lo contrario, se cae en el riesgo de que el individuo presente una variedad de trastornos, tales como inseguridad de su valía como persona, una personalidad con rasgos obsesivo-compulsivos o neurosis obsesiva propiamente dicha, incluyéndose en este listado el trastorno límite de la personalidad, perversiones sádico-masoquistas o incluso síntomas tales como la enuresis y la eyaculación precoz.

APENDICE II

APENDICE II

LOS CUESTIONARIOS DE OPINION: UN ESBOZO

Generalidades sobre la opinión y las actitudes.

La expresión "opinión pública", data de finales del siglo XVII, y solía designar a la expresión pública de las actitudes políticas. Aún cuando Cossio (1976) afirma que no existe una teoría satisfactoria sobre la opinión pública, es decir, una teoría "con una sustancia filosófica que nos las explique a la luz de todo lo que hoy se sabe acerca de la existencia humana y de la vida social como estructuras permanentes" (Cossio, 1976 pp 3), enfoques actuales la definen como: "... una suma o resultante de las opiniones de los distintos individuos que integran el público en general (Smith, 1947 en Proshansky y Seiden, 1974 pp 164), o definiendo la opinión popular frente a la opinión pública, "...un proceso simplemente cuantitativo de adición de opiniones personales" (Cossio, 1976 pp 36), las cuales son procesos autoconscientes, conocimientos reflexivos que se pueden razonar y que se transmiten por razonamiento, por lo que en la opinión hay "un innegable carácter intelectual" (Cossio, 1976 pp 39). Germani, (1977), por otro lado, la define como "La expresión ya sea verbal o de otra índole, de actitudes, siempre que se produzca una situación de controversia, es decir, cuando no exista unanimidad de actitudes sobre el mismo valor social" (Germani, 1977 pp 91); hasta aquí, tenemos que este autor defiende la postura que, si bien es cierto que una opinión es siempre manifestación de una actitud, no toda actitud se manifiesta como opinión, para que así ocurra, debe haber conflicto de actitudes, y por consiguiente, un conflicto entre sus manifestaciones, "... las cuales solo así adquieren un carácter de opiniones" (Germani, 1977 pp 90), por lo que a las opiniones les atribuye elementos emocionales. Incluso, Smith, Bruner y White (1959, citados por Rodríguez, 1991) utilizan las expresiones opinión-actitud como

sinónimos afirmando que una opinión es parte del intento del hombre por enfrentar y dominar su mundo aunque, aportaciones actuales refieren que las actitudes constan de tres componentes esenciales: el componente afectivo (sentimiento a favor o en contra) el cognoscitivo (creencias y pensamientos) y el conativo (la tendencia a actuar de determinado modo) y son definidas por Rodrigues (1991) como: " una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva en favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente de las cogniciones y afectos relativos al objeto" (Rodrigues, 1991 pp 337y 338). Sin duda, refiere Rodrigues (1991), el componente afectivo es el más característico de las actitudes y es en este punto que difieren de las opiniones y creencias " aunque a veces se integren a una actitud provocando un afecto positivo o negativo en relación con un objeto y creando una predisposición a la acción " (Rodrigues, 1991 pp 339)

Encuesta de opinión.

La investigación de opinión consiste en realizar una entrevista personal o telefónica , o en aplicar un cuestionario personalmente, por teléfono o por medio del correo, el cuestionario puede elegirse entre los ya existentes o puede ser elaborado por los investigadores de forma que satisfaga los objetivos específicos establecidos en el proyecto. Por lo general, las encuestas utilizan un elevado número de personas, a pesar que en la mayoría de los casos, " este número constituye apenas una muestra del universo estudiado " (Rodrigues, 1991 pp 80) . Los componentes de la muestra pueden ser seleccionados por procesos de muestreo probabilístico y no probabilístico. La técnica según la cual un número de personas es seleccionada y entrevistada periódicamente se utiliza frecuentemente cuando se quiere estudiar la evolución de la opinión en relación con algún acontecimiento que se extiende por un periodo de tiempo.

Insko y Schopler (1986) afirman que, con el fin de que el instrumento de evaluación posea validez, es de vital importancia la forma en como se redactan y formulan las preguntas, debiendo ser estas planteadas de tal modo que no induzcan al sujeto a una respuesta particular. Rodrigues (1991) describe en términos generales la secuencia de pasos a seguir cuando se decide por la encuesta de opinión como instrumento de investigación:

- a) Determinación de los objetivos generales
- b) Determinación de los objetivos específicos y posible formulación de hipótesis.
- c) Selección de la muestra
- d) Elaboración del instrumento de recopilación de datos.
- e) Trabajo de campo (recopilación de datos con el instrumento elegido)
- f) Codificación de los datos
- g) Análisis de los datos
- h) Informe final.

Las encuestas de opinión más conocidas son las que manejan las firmas Gallup y Harris en Estados Unidos durante las campañas presidenciales. Su objetivo es medir la popularidad de cada candidato y predecir, poco antes de las elecciones, cuál de ellos saldrá victorioso. Entre las investigaciones de opinión que se han realizado en psicología, la que quizá ha recibido mayor atención son los estudios de Kinsey (1948, 1953, citado por Insko y Schopler, 1976) sobre el comportamiento sexual de los americanos.

VENTAJAS Y LIMITACIONES.- Las encuestas permiten obtener información a la que jamás podría accederse por otros medios de investigación social, es posible recoger información sobre una cantidad considerable de individuos y es más fácil de desarrollar sin embargo, no se pueden hacer inferencias válidas sobre las relaciones causa-efecto, además de que la reactividad de los consultados los lleva a responder en forma artificial de acuerdo con lo que consideren son las expectativas del investigador, por lo que se debe tener cuidado en eliminar

las posibles tendencias de los entrevistadores . Una tercera limitación es que frecuentemente, se dificulta reunir la cantidad de sujetos prevista para obtener una muestra significativa.

Resumiendo, tenemos que la opinión difiere de la actitud por su carácter racional y su ausencia de elementos afectivos, que son considerados un elemento importante en las actitudes, aunque la primera puede integrarse en la segunda provocando afectos positivos o negativos hacia un objeto y predisponiendo a la acción. Las opiniones, por lo tanto, se transmiten cognitivamente.

El instrumento usado para la recopilación de datos sobre opinión es llamado encuesta y consiste, básicamente en un cuestionario que se aplica a un determinado número de personas que constituyen la muestra.

APENDICE III

APENDICE III

ALGUNOS ASPECTOS SOBRE EL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL

El Centro de desarrollo Infantil nace de la necesidad de dar servicio a los hijos de madres trabajadoras, durante el tiempo que laboran y cuya edad oscila entre los 45 días y 5 años once meses. Se trata de una institución que proporciona, de manera básica, educación y asistencia al niño, según su derecho dentro de un marco afectivo que tiende a desarrollar al máximo sus potencialidades libre y dignamente, ya que estos niños se ven temporalmente abandonados durante el periodo en que la madre labora.

Historia

La primera institución de este tipo del cual se tiene conocimiento en México, funcionó en las instalaciones del mercado El Volador, en 1837, en el cual se adoptó un local con el fin de que los menores tuvieran un sitio donde jugar cuando sus madres se encontraran laborando.

En 1865, la Emperatriz Carlota instituye la llamada " Casa del asilo de la Infancia", en la cual las mujeres que se encontraban a su servicio dejaban a sus hijos temporalmente y, en 1869 se establece el " Asilo de San Carlos " donde los menores hijos de madres trabajadoras recibían alimento y cuidado.

La señora Carmen Romero Rubio de Díaz, en 1887 funda la " Casa amiga de la Obrera ", con el fin de proporcionar cuidado a los hijos de las mujeres que laboraban. Esta Institución depende posteriormente de la beneficencia pública, constituyéndose, en 1928 como " Casa amiga de la Obrera número 2 ".

En 1929, la Sra. Carmen García de Portes Gil, establece la " Asociación Nacional de protección a la infancia ", que se dá a la tarea de sostener diez hogares infantiles, denominándose posteriormente, en 1937 " Guarderías Infantiles ". La Secretaría de Salubridad y Asistencia también instituye estas " Guarderías ", que tienen como objetivo dar servicio a los hijos de comerciantes del mercado de la merced, vendedoras de billetes de lotería y empleados del hospital General.

Al establecer el Presidente Lázaro Cárdenas una cooperativa en los talleres fabriles encargados de fabricar el equipo utilizado para el ejército, surge en 1939 una guardería para los hijos de las obreras.

Dado que se ha acrecentado la incorporación de la mujer a la vida productiva de México, han surgido diversas guarderías, tanto oficiales como particulares, a las que se ha cambiado el nombre por el de " Centros de Desarrollo Infantil " ya que sus recursos de atención rebasan el cuidado al proporcionar diversos servicios, tales como una alimentación balanceada, asistencia médica, psicológica y educativa.

Objetivos

Los objetivos del C.D.I. tienden a promover el desarrollo de las capacidades física, afectivo-sociales y cognoscitivas del niño con el fin de que, siendo que se favorece un ambiente adecuado de relaciones humanas, adquiera una autonomía y confianza en sí mismo tales, que le permitan integrarse a la sociedad. Esto incluye el proporcionar tranquilidad a la madre mientras trabaja, lo que favorece su productividad laboral y su participación activa en el desarrollo del niño, a la vez que se unifican criterios en la labor educativa.

El Centro de Desarrollo Infantil, como Institución Educativa que se enfoca a la atención del niño en sus primeros años de vida, requiere de una organización específica, cuyos atributos se relacionan íntimamente con sus necesidades.

El Centro de Desarrollo Infantil DIF Central, Unidad Zapata, es una prestación que otorga el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, y que tiene como fin proporcionar servicio a los hijos de las madres que laboran en el sistema y que comprueben tener una antigüedad mínima de 6 meses, incluyendo al personal base y de confianza, así como trabajadores viudos o divorciados que detenten la custodia de sus hijos y comprueben la necesidad del servicio previo estudio socioeconómico.

Estructura orgánica.

*Dirección General.

*Subdirección.

*Area Médica.

*Area Odontológica.

*Area Psicológica.

*Area de Trabajo Social.

*Area de Servicios Nutricionales.

*Area Pedagógica:

a) Sección de Lactantes.

b) Sección de Maternales.

c) Sección de Preescolares.

d) Sección de Maestros Especialistas.

Este C.D.I. tiene a su cargo aproximadamente 415 infantes, los cuales son clasificados en razón de su edad y por efectos de prestación de servicio en:

Lactantes:

Lactantes A : 45 días a 7 meses.

Lactantes B: 8 meses-11 meses.

Lactantes C1: 1 año-1año 3 meses.

Lactantes C2: 1 año 4 meses-1 año 6 meses.

Maternales:

Maternal A: 1 año 7 meses-1 año 11 meses.

Maternal B1: 2 años-2 años 3 meses.

Maternal B2: 2 años 4 meses- 2 años 7 meses.

Maternal B3: 2 años 8 meses-2 años 11 meses.

Maternal C1: 3 años-3 años 3 meses.

Maternal C2: 3 años 4 meses-3 años 7 meses.

Maternal C3: 3 años 8 meses-3 años 11 meses.

Preescolares:

Preescolar 1 A: 4 años-4 años 3 meses.

Preescolar 1 B: 4 años 4 meses-4 años 7 meses.

Preescolar 2: 4 años 8 meses-4 años 11 meses.

Preescolar 3 A: 5 años-5 años 5 meses.

Preescolar 3 B: 5 años 6 meses-5 años 11 meses.

El Area Psicológica y el programa de Control esfinteriano.

El objetivo general del Area Psicológica es el de Conservar y promover la Salud Mental de los Infantes que asisten al C.D.I con el fin de que se desarrollen emocionalmente de manera óptima, tomando en cuenta que los primeros 6 años de vida constituyen una base para el desarrollo posterior, además de que el ingreso al C.D.I es un acontecimiento que tiene gran relevancia en la vida afectiva del niño, y conforme pasa el tiempo, la Institución comienza a cumplir objetivos de socialización y facilitación del desarrollo del infante por lo que dentro de sus acciones cuenta con programas conductuales y de desarrollo humano entre los cuales se encuentra el programa de Control esfinteriano, que se aplica al grupo de menores en el que el

más pequeño tenga cumplidos ya los 18 meses. Tenemos entonces que los grupos en los que se aplica el programa varía, según la edad de los infantes, desde Lactantes C1 hasta Maternal A.

Destacando, dado que se ha acrecentado la incorporación de la mujer a la vida productiva de México, han surgido Centros de Desarrollo Infantil cuyo objetivo primordial es el de promover el desarrollo de las capacidades físicas, afectivo-sociales y cognitivas del niño dentro de un ambiente adecuado de relaciones humanas, al tiempo que se proporciona tranquilidad a la madre que labora, favoreciendo su productividad laboral y su participación activa en el desarrollo del niño, metas que pretende alcanzar el Área Psicológica del Centro de Desarrollo Infantil Central del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia DIF, al implementar Programas tales como el de Control Esfinteriano.

ANEXO I

CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL

CENTRAL DIF

CONTROL DE ESFINTERES

INSTRUCTIVO PARA PERSONAL

El control de esfínteres es una conducta de autocuidado que se refiere a la eliminación voluntaria de los desechos del cuerpo (orina y heces fecales) en el lugar adecuado o socialmente aceptado. La educación del niño con respecto al dominio de sus excreciones reviste una importancia fundamental, ya que el lograr este dominio constituye una gran paso en el camino de su independencia y permite que el menor ocupe mucho más tiempo en actividades agradables que favorezcan su desarrollo.

Por otra parte, se reduce el trabajo para los adultos al no tener que cambiar a los niños varias veces al día al tiempo que se elimina el gasto excesivo en pañales desechables.

Para que un niño sea capaz de controlar sus esfínteres se requiere:

- a) Que tenga la madurez neurofisiológica necesaria (18 a 24 meses).
- b) Que posea las habilidades psicomotoras que intervienen en la realización de la cadena conductual necesaria para llevar a cabo el control (desplazarse, sentarse, levantarse, etc.)
- c) Que su comprensión del lenguaje sea suficiente para seguir instrucciones sencillas.
- d) Que exista estabilidad en el ambiente que lo rodea.

En virtud de lo anteriormente expuesto, el Centro de Desarrollo Infantil llevará a cabo un programa de control de esfínteres con niños del grupo Lactantes C 2 que reúnen los requisitos ya mencionados, para lo cual necesitamos de su colaboración, si ustedes participan será más fácil para todos.

En seguida se explican brevemente algunos de los conceptos que se usarán con frecuencia en la descripción y realización del programa:

INDICACIONES : Cuando queremos que un niño haga algo, debemos darle una instrucción clara con palabras muy sencillas que él pueda entender, debemos llamarlo por su nombre y estar seguros de que nos está escuchando. Nunca deben dar indicaciones dos personas al mismo tiempo al mismo niño porque puede confundirse y no saber qué hacer. Debe dársele una orden a la vez.

AYUDAS FISICAS : Cuando un niño no sigue la indicación que le estamos dando, podemos ayudarlo tomándolo de la mano, empujándolo suavemente por el hombro, tomándolo por debajo de las axilas, permitiendo que el niño se apoye en nosotros. Las ayudas físicas deben darse con suavidad, evitando ser bruscos.

REFORZADORES : Son premios o halagos que damos a los niños, y que pueden ser:

- Caricias o elogios, las cosas bonitas que decimos a los niños.
- Dulces, galletas, refrescos, lo que damos a los niños para comer o tomar.
- Aplausos, porras, o manifestaciones de agrado que se dan en grupo y que alientan al niño.

Todo esto hace que el niño se sienta seguro y contento, que quiera aprender, participando en las tareas que le solicitamos.

PROCEDIMIENTO.

- 1.- Reciban a los niños como de costumbre.
- 2.- Acomoden las bañinicas en su lugar, procurando que siempre sea en el mismo orden.
- 3.- Qúitenles a los niños la ropa innecesaria y el pañal, el niño debe tener ya puesto un calzón sobre el pañal.
- 4.- Inviten a los niños a sentarse en la bañinica, indiquentes cuál es, identificándola por medio de la calcomanía, ayúdenlo a encontrarla. Si no se quiere sentar alguno, no lo obligue, inténtelo unos minutos después.
- 5.- Lavado de manos para el desayuno.

6.- Sirva el desayuno normalmente.

7.- Dejen a los niños con camiseta y calzones. Si hace frío o si el niño está resfriado, déjenle un sweater y un pantalón de resorte.

8.- La educadora llamará la atención de los niños diciendo: " Quiero que todos me escuchen, véanme porque les voy a decir algo importante ". Llamen por su nombre al niño que no está atendiendo, si alguna de las asistentes observa que un niño está distraído, debe acercarse a él, y llamándolo por su nombre, debe decirle suavemente: " mira a la maestra " y señalarle hacia donde ésta se encuentra. Sólo hasta que tenga la atención de todos, la maestra debe decir: " Como ustedes ya son niños grandes, muy bonitos, hoy van a aprender a hacer pipí y popó en la bacínica " . Muéstreles la bacínica y repita las palabras pipí, popó y bacínica remarcadas en la frase nuevamente.

9.- Indique a todos los niños que se dirijan a su bacínica. Diga: "Vamos todos a su bacínica, cada quien en la suya ". Ayuden a encontrar a los niños su bacínica remarcando el dibujo que tienen pegado, por ejemplo : " Mira, esta bacínica es la tuya, tiene un palito muy bonito, mira que lindo palito ".

10.- Si algún niño no sigue la instrucción y permanece en su lugar, tómelo de la mano o empújelo suavemente del hombro y diríjalo a su bacínica.

11.- Si se resiste a hacerlo, aún cuando usted lo esté ayudando, déjelo, no lo obligue, trate de convencerlo para el siguiente ensayo.

12.- Recuerden que deben mostrar mucho agrado y entusiasmo por cada respuesta correcta de los niños. Si el niño llora, grita, se tira al suelo o intenta golpearlas, ignórenlo alejándose de él. Nadie debe decirle nada, ni voltearlo a ver hasta que termine la rabieta.

13.- Cuando estén frente a su bacínica diga: " bájense el calzón ", ayudando al niño a poner su dedo pulgar dentro del resorte y los demás dedos afuera. Ponga sus manos sobre las del niño y apriete su calzón.

14.- Una vez hecho esto, diga: " Siéntense todos en su bacínica " ayude al que no lo haga colocándose de espaldas a la bacínica y, tomándolo por debajo de las axilas, siéntelo repitiendo la instrucción. A los niños que se sentaron, déles una caricia y háguelos: " qué bien lo haces, tu solito lo hiciste muy bien ". Deben procurar ayudar a sentarse suavemente a los niños que no pueden sentarse solos para evitar un accidente que les provoque temor y después no quieran intentarlo.

15 Enseñe a los varones que se sienten con las piernas separadas y un poco inclinados hacia adelante. Si es necesario, empujen su pene con el dedo índice para que no se derrame la orina fuera de la bacínica. No se les enseñará a orinar parados para que no ocurran accidentes si defecan al mismo tiempo.

16.- Ya que los niños estén sentados, permanezca muy cerca de ellos. Si alguno llora y se levanta, una de ustedes se acercará y establecerá contacto físico (tocando su cara o su mano) y le dirá suavemente: " Yo estoy aquí contigo, no te pasará nada, mira a tus amiguitos que bonitos se ven sentados en su bacínica ". Si es necesario, tómelo de los hombros y siéntelo suavemente.

17.- Si usted nota que algún niño está orinando en la bacínica, espere a que termine y aplauda con entusiasmo, déle un pequeño dulce inmediatamente después y dígame que es un niño bonito porque hizo en la bacínica. Pida al resto del grupo que aplauda por él. Acarióielo. Enseguida pídale que se levante si lo hace, felicítelo, si no lo hace, ayúdelo repitiendo la instrucción.

18.- Si el niño defecó, le enseñará a limpiarse con papel higiénico : Corte usted un pedazo y ayude a él a cortar uno. Pídale que abra las piernas y se agache un poco. Dirija la mano del niño limpiándolo de adelante hacia atrás. Ayúdelo cada vez menos, este aprendizaje es difícil pero seguramente lo logrará.

19 Ya que el niño se levantó, pídale que se suba el calzón colocando su dedo pulgar de la mano derecha en la parte trasera del calzón y los demás dedos hacia afuera. Pídale que se agache un poco. Ponga sus manos sobre la mano del niño y dígame : "agarra fuerte tu calzón, aprétalo ". Ayúdelo subiendo su manita hacia arriba hasta llegar a la cintura. Muestre agrado por cada paso que efectúe correctamente.

20.- Vayan rápidamente al lavabo para lavarse las manos.

21.- Cuando hayan pasado 5 minutos, pida a todos los niños que aún permanecen sentados que se levanten. Ayuden a los niños que tienen miedo o no pueden hacerlo sujetándolos por debajo de las axilas y sujetando la bacinica.

22.- Conforme se vayan levantando, revisen las bacinicas y a los que hayan orinado o defecado deles dulce y felicítelos.

23.- A los que no hicieron nada, dígalos: " aquí se hace pipí, cuando quieran hacer pipí o popó, vengan rápido a la bacinica, así como _____ ya hizo. " Pídale que se suban el calzón.

24.- Anote en la cartulina pegada en la pared las claves correspondientes para cada niño y señale, con una paloma (/) en la columna "A" los accidentes (si el niño defeca u orina fuera de la bacinica.

26 Inicie la actividad pedagógica.

27.- Las horas en las que se invitará a los niños a sentarse serán :

* Ingresando al C.D.I.

* Después del desayuno

* Después del refrigerio

* Después de comer (antes de dormir)

* Al despertar

QUE HACER EN CASO DE ACCIDENTE:

- 1.- Si vé al niño en el momento que está orinando, dé una palmadita y diga, llamándolo por su nombre : " no, aquí no, vé rápido a la bacinica ". Hable fuerte, sin gritar y con cara seria. Posiblemente el ruido de la palmada hará que el niño contraiga los músculos y pare de orinar. Repítale la instrucción, empújelo suavemente de los hombros y diríjalo a la bacinica.
- 2.- Si usted observa que a pesar de la palmada el niño continúa orinando en el mismo lugar, no le diga nada, espere a que termine y dígame sin gritar que cuando quiera hacer pipí debe ir a la bacinica. Si el niño no obedece, ayúdelo empujándolo suavemente de los hombros, si se resiste, tómelo de la mano y llévelo a su bacinica, repita las instrucciones y déjelo sentado dos minutos. Proporcione un calzón limpio y ayúdelo a cambiarse.

Basándose en las anotaciones hechas en la cartulina, la persona que entregue al niño deberá informar sobre los avances de éste. Esta información debe ser totalmente cierta. Nunca dé información de la que no esté segura. Su actitud con los padres debe ser de aliento o de motivación, nunca de reproche.

Si existe algún problema específico., consúltelo con la Psicóloga.

GRACIAS.

CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL

CENTRAL DIF

PROGRAMA DE CONTROL DE ESFINTERES

INSTRUCTIVO PARA PADRES DE FAMILIA

El Control de esfínteres es una conducta de autocuidado que se refiere a la eliminación voluntaria de los desechos del cuerpo (orina y heces fecales) en el lugar adecuado o socialmente aceptado. La educación del niño con respecto a sus excreciones reviste una importancia fundamental, ya que el lograr ese dominio constituye un gran paso en el camino de su independencia y permite que el menor ocupe mucho más tiempo en actividades agradables que favorezcan su desarrollo.

Por otra parte, se reduce el trabajo para los adultos al no tener que cambiar al niño varias veces al día y, al mismo tiempo, se elimina el gasto excesivo en pañales desechables.

Para que un niño sea capaz de controlar sus esfínteres se requiere:

- a) Que tenga la madurez neurofisiológica necesaria (entre 18 y 24 meses de edad)
- b) Que posea las habilidades psicomotoras que intervienen en la cadena conductual necesaria para llevar a cabo el control (desplazarse, sentarse, levantarse, etc.)
- c) Que su comprensión del lenguaje sea suficiente para seguir instrucciones sencillas.
- d) Que exista estabilidad en el ambiente que lo rodea.

En virtud de lo anteriormente expuesto, el Centro de Desarrollo Infantil llevará a cabo un programa de control de esfínteres con los niños de Lactantes C 2 que reúnen los requisitos ya mencionados, para lo cual solicitamos su colaboración, si ustedes participan será más fácil para todos.

ORGANIZACION

a) El programa estará a cargo de la educadora y asistentes educativas, supervisadas por la Psicóloga del C.D.I.

b) Está dividido en tres etapas:

1.- Actividades previas.

2.- Entrenamiento intensivo.

3.- Seguimiento.

Se sugiere que la asistencia de los niños sea constante.

MATERIAL

Para la realización del programa se requiere del siguiente material:

- * Una bañinica de plástico tipo apilable (pegarle un distintivo).
- * Un par de huaraches de plástico marcados.
- * A partir del (fecha) se deberá incluir en la maleta los siguiente:
- * 6 calzones de algodón absorbentes (no de nylon)
- * 3 pantalones con resorte en la cintura.
- * 3 pares de calcetines.
- * Un pañal desechable para la salida.

Es importante que durante el entrenamiento no se vista al niño con ropa de tirantes, petos, comandos, leotardos, etc. , ya que estas prendas obstaculizan el éxito del niño.

INDICACIONES

1.- Durante la etapa de actividades previas se sugiere:

a) Familiarizar al niño con las siguientes palabras: calzones, pantalones, subir, bajar, nica, "pipí", "popó", sentarse levantarse, mojado, seco, limpio, sucio, dentro, fuera.

b) Permitir que el niño observe a otras personas (padres o hermanos mayores) cuando van al baño , ya que por medio de la imitación, el niño logrará un adecuado y más rápido control al tiempo que se sentirá más seguro.

c) Utilizar un muñeco de plástico o vinyl y sentarlo en el orinal. El muñeco (a) debe tener prendas tales como calzones y pantalones con el fin de que el niño practique como bajar y subir dichas prendas.

d) Practicar el seguimiento de órdenes sencillas como llevar y traer objetos. Al principio se le ayudará al niño a cambiarse prendas simples.

2.- Durante las semanas de entrenamiento intensivo:

a) El niño debe tener una bacinica en casa con el mismo distintivo, que siempre esté en el mismo lugar, de preferencia en el baño.

b) La bacinica solo tendrá solo el uso que le corresponde, ningún otro.

c) Usted debe preguntarle frecuentemente al niño si quiere hacer "pipí" o "popó" al tiempo que toca el calzón del niño.

d) Si el niño dice que sí, dígame que vaya al baño y acompañelo. Poco a poco permita que el niño se baje y suba el calzón. Enséñelo así: Ponga las manitas en la parte delantera del calzón, con el dedo pulgar adentro del resorte y los demás dedos afuera al tiempo que lo halaga. Ponga sus manos sobre las del niño y bajen el calzón entre los dos. Dígame: " Muy bien, ahora siéntate en la bacinica ". Ayúdelo un poco si es necesario.

e) Si el niño dice que no quiere hacer, no lo obligue. Inténtelo después de unos minutos.

f) El niño debe permanecer sentado durante dos minutos mínimo y no más de 5. Mientras esté en la bacinica, plátiqúe con él, haga comentarios positivos: " Qué bonito niño que se sienta en la nica " etc.

g) Si orinó y defecó dígame que es muy lindo, demuestre alegría con aplausos o carolitas. Todo esto debe ser inmediatamente después de que el niño haya excretado, de lo contrario, no sabrá cuál es el motivo de su alegría.

h) Si defecó, déle papel higiénico y ayúdelo a limpiarse de adelante hacia atrás. Ayúdelo cada vez menos, deje que vaya aprendiendo.

i) Pídale que se suba el calzón, si no puede hacerlo solo enséñele así: ponga las manitas del niño, la izquierda en la parte delantera del calzón y la derecha en la trasera, con el pulgar adentro del resorte y los demás dedos hacia afuera. Haláguelo. Ayúdelo un poco si es necesario. Usted debe mostrar entusiasmo cada vez que el niño logra algo bien, sobre todo lo que le cuesta más trabajo.

j) Vayan al lavabo y lávense las manos .

K) Si cuando usted toque el calzón del niño está mojado, ponga cara seria y diga sin gritar: " como ya eres niño grande, debes hacer pipí en la bañinica ". Pídale que vaya al baño, que se baje el calzón y que se siente en la bañinica, ayúdelo en lo que pueda. Si orina, aunque sea unas gotas, haga comentarios positivos: " ya ves como si puedes " .. etc. Si no hace nada después de 3 minutos, pídale que se pare y ayúdelo a cambiarse con un calzón limpio.

l) Si usted vé al niño en el momento preciso en que está orinando el calzón, hable con voz firme y diga : " no, aquí no, vé al baño " . Acompáñelo. Si el niño sigue orinando, deje que termine y efectúe el inciso anterior. Si el niño paró de orinar, felicítelo y recuérdelo que vaya inmediatamente al baño cuando sienta ganas de nuevo. Es importante que el niño no esté mojado por mucho tiempo para que se habitúe a estar seco y desee evitar mojarse.

m) Si el niño avisa, dígame que vaya rápido al baño y acompañelo. Si orina o defeca muestre entusiasmo. Si pasan 5 minutos y no excretó, pídale que se levante y muestre agrado porque se sentó. Recuérdelo que debe ir al baño si quiere hacer "pipí" o "popó".

Recuerde que tiene que ayudarlo cada vez menos en el proceso, el niño tiene que aprender a valerse por sí mismo. No le ayude demasiado en las tareas porque le quitará la oportunidad de aprender.

n) No permita que otras personas interfieran en el entrenamiento porque el niño puede descontrolarse. Si es necesario dejar al niño con alguien, déle indicaciones sobre qué hacer.

o) No golpee al niño ni lo amenace cuando moje su ropa, cuando se quiera sentar o cuando avise y no excrete. De esta manera no aprenderá.

p) Si tiene algún problema específico o duda, consúltelo con la Psicóloga.

Es muy importante contar con su apoyo para obtener resultados positivos .

GRACIAS.

ANEXO II

CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL
SERVICIO DE PSICOLOGIA
CUESTIONARIO DE CONTROL DE ESFÍNTERES

Nombre:

Nombre de su hijo:

Este cuestionario tiene como fin el mejoramiento del programa de control de esfínteres, situación que seguramente beneficiará a su hijo; es por esto que le pedimos sea lo más sincero (a) posible en sus respuestas y agradecemos de antemano su colaboración.

A continuación encontrará una serie de frases. Por favor, léalas detenidamente. Marque con una cruz si lo que dice la frase es **CIERTO** o **FALSO**.

Ejemplo:

El C.D.I. favorece el buen desarrollo del niño.

CIERTO

FALSO

1.- Mi hijo no me quiere cuando me desobedece

CIERTO

FALSO

2.- La seguridad de mi hijo es independiente a un programa de control de esfínteres

CIERTO

FALSO

3.- Me agrada entrenar a mi hijo para que controle sus esfínteres

CIERTO

FALSO

4.- Los actos de orinar y defecar son necesarios para el buen funcionamiento del organismo de mi hijo.

CIERTO

FALSO

5.- Me agrada enseñarle a mi hijo a limpiarse cuando defeca.

CIERTO

FALSO

6.- Me parece que un niño que se orina en la ropa interior es sucio

CIERTO

FALSO

7.- Voy a traumar a mi hijo si lo dejo hacer todo lo que quiere.

CIERTO

FALSO

8.- La rebeldía de mi hijo es buena para que empiece a independizarse de mí.

CIERTO

FALSO

9.- Procuero quedarme en casa por las tardes mientras dure el programa de control de esfínteres .

CIERTO

FALSO

10.- Mi hijo se está burlando de mí cuando orina en la ropa interior inmediatamente después de que lo llevé al baño.

CIERTO

FALSO

11.- Me desagrada limpiar a mi hijo cuando defeca u orina.

CIERTO

FALSO

12.- Creo que es una pérdida de tiempo asistir a una orientación sobre control de esfínteres.

CIERTO

FALSO

13.- Me agrada que mi hijo deje de usar pañales.

CIERTO

FALSO

14.- Pregunto constantemente a mi hijo si quiere ir al baño.

CIERTO

FALSO

15.- Premio a mi hijo cuando me avisa que quiere ir al baño.

CIERTO FALSO

16.- Le doy liquido a mi hijo en la noche antes de acostarlo

CIERTO FALSO

17.- Estoy dispuesto (a) a colaborar en casa con el programa de control de esfínteres.

CIERTO FALSO

18.- Me desespera que mi hijo me desobedezca.

CIERTO FALSO

19.- Me parece ridículo que mi hijo se alegre cuando defeca u orina en la bacinica.

CIERTO FALSO

20.- Dejo que mi hijo vaya solo al baño.

CIERTO FALSO

21.- Me parece que el programa de control de esfínteres debe aplicarse después de que mi hijo cumpla dos años para obtener resultados.

CIERTO FALSO

22.- Mi hijo va a aprender a controlar sus esfínteres por sí mismo sin necesidad de llevar a cabo un programa.

CIERTO FALSO

23.- Es normal que mi hijo orine fuera de la bacinica cuando está aprendiendo.

CIERTO FALSO

24.- Me molesta lavar la ropa de mi hijo cuando se orina en ella.

CIERTO FALSO

25.- Es normal que mi hijo juegue con sus heces fecales.

CIERTO FALSO

26.- Oriento a los demás familiares acerca de como deben tratar a mi hijo durante la etapa de entrenamiento.

CIERTO FALSO

27.- Permiso que mi hijo me observe cuando voy al baño.

CIERTO FALSO

28.- Me parece que el programa de control de esfínteres debe aplicarse antes de que mi niño cumpla un año.

CIERTO FALSO

29.- Evito gritarle a mi hijo cuando se orina en la ropa interior.

CIERTO FALSO

30.- Pierdo el tiempo entrenando a mi hijo en casa.

CIERTO FALSO

31.- Soy paciente cuando mi hijo es desobediente.

CIERTO FALSO

32.- Permiso que toda la familia intervenga en el entrenamiento de esfínteres sin orientar a los miembros previamente.

CIERTO FALSO

33.- Es anormal que mi hijo juegue con sus heces fecales.

CIERTO FALSO

34.- Me desespera preguntar constantemente a mi hijo si quiere ir al baño.

CIERTO FALSO

35.- El programa de control de esfínteres me proporciona herramientas para saber como tratar a mi hijo.

CIERTO FALSO

36.- El programa de control de esfínteres es efectivo para que mi hijo deje el pañal rápidamente.

CIERTO

FALSO

37.- El programa de control de esfínteres es inadecuado para que mi hijo deje el pañal rápidamente.

CIERTO

FALSO

38.- Creo que el orinar y el defecar son actos desagradables.

CIERTO

FALSO

39.- Siento en la bacínica a mi hijo a la fuerza cuando no quiere sentarse.

CIERTO

FALSO

40.- El programa de control de esfínteres favorece el aprendizaje de control de mi hijo cuando quiere ir al baño.

CIERTO

FALSO

41.- Tengo que atender a mi hijo porque es incapaz de hacer cosas por sí mismo.

CIERTO

FALSO

42.- Me parece que el programa de control de esfínteres se aplica a una edad adecuada.

CIERTO

FALSO

43.- El programa de control de esfínteres favorece la seguridad de mi hijo hacia sus propias capacidades.

CIERTO

FALSO

44.- Comparto la alegría que muestra mi hijo al orinar o defecar en el baño.

CIERTO

FALSO

45.- Mi colaboración en casa para que mi hijo controle esfínteres me parece ridícula.

CIERTO

FALSO

46.- Ignoro a mi hijo cuando hace berinches.

CIERTO

FALSO

47.- El programa de control e esfínteres evita la posibilidad de que mi hijo se orine en la cama o durante el día en la ropa cuando sea más grande.

CIERTO

FALSO

48.- Evito ponerle pañal a mi hijo por las tardes.

CIERTO

FALSO

ANEXO III

CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL
SERVICIO DE PSICOLOGIA
CUESTIONARIO DE CONTROL DE ESFINTERES

Nombre:

Nombre de su hijo:

Este cuestionario tiene como fin el mejoramiento del programa de control de esfínteres, situación que seguramente beneficiará a su hijo; es por esto que le pedimos sea lo más sincero (a) posible en sus respuestas y agradecemos de antemano su colaboración.

A continuación encontrará una serie de frases. Por favor, léalas detenidamente. Marque con una cruz el lo que dice la frase es CIERTO O FALSO. Marque solo una opción, la que más esté de acuerdo con su opinión. No deje ninguna respuesta sin contestar.

Ejemplo:

El C.D.I. favorece el buen desarrollo del niño

CIERTO

FALSO

1.- La seguridad de un niño es independiente a un programa de control de esfínteres.

CIERTO

FALSO

2.- Es adecuado quedarse en casa por las tardes para colaborar con el niño en sus entrenamientos de control de esfínteres.

CIERTO FALSO

3.- Es necesario preguntarle constantemente al niño si quiere ir al baño para que se vaya habituando.

CIERTO FALSO

4.- Hay que darle de beber líquidos al niño antes de acostarlo para que aprenda a controlar sus esfínteres.

CIERTO FALSO

5.- Es normal que un niño desespere a sus padres cuando desobedece.

CIERTO FALSO

6.- El programa de control de esfínteres debe aplicarse después de que el niño cumpla dos años para obtener buenos resultados.

CIERTO FALSO

7.- Es normal que un niño orine fuera de la bacinica mientras está aprendiendo.

CIERTO FALSO

8.- Es normal que un niño juegue con sus heces fecales.

CIERTO FALSO

9.- Es normal que los padres se desesperen cuando preguntan al niño constantemente si quiere ir al baño.

CIERTO FALSO

10.- Es bueno ser paciente cuando un niño desobedece.

CIERTO FALSO

11.- Es anormal que un niño juegue con sus heces fecales.

CIERTO

FALSO

12.- El programa de control de esfínteres proporciona herramientas para saber como tratar a un niño.

CIERTO

FALSO

13.- El programa de control de esfínteres es efectivo para que el niño deje el pañal rápidamente.

CIERTO

FALSO

14.- Es bueno ignorar al niño cuando hace berrinches.

CIERTO

FALSO

15.- La seguridad del niño hacia sus propias capacidades se ve favorecida por un programa de control de esfínteres.

CIERTO

FALSO

ANEXO IV

BIBLIOGRAFIA

- 1.- **ARIAS, FERNANDO**
Introducción a la Técnica de Investigación en Ciencias de la Administración y el Comportamiento
Editorial Trillas
Tercera edición. México, 1984
- 2.- **AJURIAGUERRA**
Manual de Psiquiatría Infantil
Editorial Masson
Tercera Edición. Barcelona, 1990
- 3.- **AZCARRAGA, GUSTAVO**
Urología
Fco Mendez Cervantes Editor
Primera edición. México, 1982
- 4.- **BAKWIN, HARRY**
Desarrollo Psicológico del niño
Ed. Interamericana
Primera edición. México, 1974
- 5.- **BERKOW, ROBERT**
El Manual Merck
Merck, Sharp y Dohme International Laboratories
Nueva editorial Interamericana
Séptima edición. México, 1986
- 6.- **CASTRO, LUIS**
Diseño Experimental Sin Estadística
Ed. Trillas
Segunda edición. México, 1980
- 7.- **CENTENO, CONCEPCION**
Aspecto Psicogenéticos de la Emuresis
Tesis Profesional
México, 1986

- 8.- COLLANTES MIREYA
Tratamientos para la Emresis. Un punto de vista Conductual
Tesis Profesional
México, 1986
- 9.- COSSIO, CARLOS
La Opinión Pública
Editorial Paidós
Primera Edición. Buenos Aires, 1976
- 10.- COUGTON
Tratado de Fisiología Médica
Editorial Interamericana
Primera Edición. México, 1986
- 11.- DAVIDOFF, LINDA
Introducción a la Psicología
Ed. Mc.Graw Hill
Segnda Edición. México, 1984
- 12.- DELGADO, LAURO
ESQUIVEL, FRANCISCO
LOPEZ, MARTHA PATRICA
El Centro de Desarrollo Infantil y su Influencia en el Niño de edad Preescolar
Tesis Profesional
México, 1986
- 13.- DÍAZ, ELDA
Emresis: Estudio Comparativo en niños de 6 a 8 años a través del Test CAT
Tesis Profesional
México, 1985
- 14.- DOLTO, FRANCOISE
Psicoanálisis y Pediatría
Editorial Paidós
Primera Edición. Buenos Aires, 1991
- 15.- DUCHE, DIDIER
La Emresis: Formación de Hábitos Higiénicos en los Niños
Editorial Interamericana
Primera Edición. México, 1980
- 16.- FENNICHEL, OTTO
Teoría Psicoanalítica de las Neurosis
Editorial Paidós
Primera Edición. Barcelona, 1982

- 17.- FREUD, ANNA
Normalidad y Patología en la Niñez
Editorial Paidós
Primera Edición. Buenos Aires, 1986
- 18.- FREUD, SIGMUND
Tres Ensayos de Teoría Sexual (1905)
Obras Completas Vol VII
Editorial Amorrortu
Buenos Aires, 1976
- 19.- Sobre las Teorías Sexuales Infantiles (1908)
Obras Completas Vol. IX
Editorial Amorrortu
Buenos Aires, 1976
- 20.- Carácter y Erotismo Anal (1908)
Obras Completas Vol. IX
Editorial Amorrortu
Buenos Aires, 1976
- 21.- Sobre las Trasposiciones de la Pulsión, en Particular del Erotismo Anal (1917)
Obras Completas Vol. XVII
Editorial Amorrortu
Buenos Aires, 1976
- 22.- La Predisposición a la Neurosis Obsesiva (1913)
Obras Completas Vol. XII
Editorial Amorrortu
Buenos Aires, 1976
- 23.- GAROUTTE, BILL
Neuroanatomía Funcional
Editorial El Manual Moderno
Primera edición. México, 1983
- 24.- GERMANI, GINO
Estudios Sobre Sociología y Psicología Social
Editorial Paidós
Primera edición. Buenos Aires, 1977
- 25.- GESELL, ARNOLD
Psicología Evolutiva. El Niño de 1 a 16 Años.
Editorial Paidós
Primera Edición. Buenos Aires, 1977

- 26.- GUYTON, ARTHUR
Fisiología Humana
Editorial Interamericana
Sexta Edición. México, 1988
- 27.- HONIG, WERNER
Conducta Operante
Editorial Trillas
Primera Edición. México, 1980
- 28.- INSKO, CHESTER
SCHOPLER, JOHN
Psicología Social Experimental
Editorial Trillas
Primera Edición. México, 1986
- 29.- KAPIT, WYNN
Anatomía Cromodinámica
Fernández Editores
Primera Edición. México, 1983
- 30.- KAZDIN, ALAN
Modificación de la Conducta y sus Aplicaciones Prácticas
Editorial El Manual Moderno
Primera edición. México, 1978
- 31.- KERLINGER, O
Investigación del Comportamiento
Editorial Interamericana
Primera edición. México, 1975
- 32.- KLEIN, MELANIE
El Psicoanálisis de Niños
Obras Completas vol. I
Editorial Paidós
Primera edición. Buenos Aires, 1964
- 33.- LOPEZ ANTUNEZ, LUIS
Anatomía Funcional del Sistema Nervioso
Editorial Limusa
Primera edición. México, 1980

- 34.- MAGNUSSON, DAVID
Teoría de los Tests
Editorial Trillas
Segunda Edición. México, 1990
- 35.- MAHLER, MARGARET
El Nacimiento Psicológico del Infante Humano
Editorial Marymar
Primera edición. Buenos Aires, 1977
- 36.- MAIER, HENRY
Tres Teorías sobre el Desarrollo del Niño: Erikson, Piaget y Sears
Amorrortu Editores
Primera edición. Buenos Aires, 1982
- 37.- MORALES, MARIA LUISA
Psicometría Aplicada
Editorial Trillas
Primera edición. México, 1983
- 38.- MUSSEN, PAUL
CONGER, JOHN
KAGAN, JEROME
Desarrollo de la Personalidad en el Niño
Editorial Trillas
Primera edición. México, 1979
- 39.- NADELSTICHER, ABRAHAM
Técnicas para la Construcción de Cuestionarios de Actitudes y Opción Múltiple
Instituto Nacional de Ciencias Penales
Primera edición. México, 1983
- 40.- NAVA, JOSE
Neurología Clínica
Editorial Interamericana
Primera edición. México, 1980
- 41.- PADUA, JORGE
Técnicas de Investigación Aplicadas a las Ciencias Sociales
Editorial Fondo de Cultura Económica
Primera edición. México, 1987

- 42.- PIMENTEL, MIGUEL
La Emresis: Su aspecto Psicosomático
Tesis Profesional
México, 1972
- 43.- PROHANSKY, HAROLD
SEIDEN, BERNARD
Estudios Básicos de Psicología Social
Editorial Tecnos
Primera Edición. México, 1974
- 43.- POWDERMARKER
IRELAND
El Desarrollo del Niño
Editorial Interamericana
Primera edición. México, 1948
- 44.- RACHLIN, HOWARD
Comportamiento y Aprendizaje
Ediciones Omega
Segunda Edición. Barcelona, 1982
- 45.- REESE, HAYNE
Psicología Experimental Infantil
Editorial Trillas
Primera edición. México, 1985
- 46.- RIBES, EMILIO
Técnicas de Modificación de Conducta y su Aplicación al Retardo en el Desarrollo.
Editorial Trillas
Segunda edición. México, 1979
- 47.- RIBBLE, MARGARET
Derechos del Niño, Primeras Necesidades Psicológicas y su Satisfacción.
Editorial Trillas
Primera edición. México, 1972.
- 48.- RODRIGUES, AROLDO
Psicología Social
Editorial Trillas
Cuarta edición. México, 1991

- 49.- SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA
La Educación Inicial en México
Ed. Litográfica Delta
Primera edición. México, 1982
- 50.- SEGAL, ANNA
Introducción a la Obra de Melanie Klein.
Editorial Paidós
Primera edición. Barcelona, 1981
- 51.- SINGER, ROBERT
Psicología Infantil
Editorial Interamericana
Primera edición. México, 1971
- 52.- SPIEGEL, MURRAY
Estadística
Ed. Mc. Graw Hill
Primera edición. México, 1970
- 53.- SULZER, BETH
MAYER, ROY
Procedimientos de Análisis Conductual Aplicado a Niños y Jóvenes.
Editorial Trillas
Primera edición. México, 1983
- 54.- TESTUT, L
LATARJET, A.
Compendio de Anatomía Descriptiva
Editorial Salvat
Primera edición. Barcelona. 1972
- 55.- THOMPSON, RICHARD
Fundamentos de Psicología Fisiológica
Editorial Trillas
Primera edición. México, 1984
- 56.- TORTORA, G
Principios de Anatomía y Fisiología
Editorial Harla
Quinta edición. México, 1980.

- 57.- ULRICH, ROGER
STANCHNIK, THOMAS
MABRY, JOHN
Control de la Conducta Humana. Vol 2
Editorial Trillas.
Primera edición. México, 1983
- 58.- WALKER
SHEA
Manejo Conductual
Editorial El Manual Moderno
Primera edición. México, 1987
- 59.- ZINZER, OTTO
Psicología Experimental
Editorial Trillas
Primera Edición. México, 1980.